



6 DE OCTUBRE
2025
REC 2.990

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de neumonía

- En aumento los casos de equinococosis quística

AMÉRICA

- Estados Unidos: Mississippi reporta un aumento de 135% en los casos de tos convulsa

- Paraguay: Ya son 45 los casos de sarampión

EL MUNDO

- Alemania: Muerte a causa del virus Borna en Bayern

- España: Más de 34.000 personas utilizan la PrEP, con resultados positivos y pocos casos de infección

- Italia: Los casos de fiebre del Nilo Occidental ya suman 680

- Pakistán: Sexta muerte por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en Sindh

- Palestina: La desaparición de generaciones enteras en Gaza

- República Democrática del Congo: Los esfuerzos de respuesta frenan el brote de enfermedad por el virus del Ébola

- Senegal: Incremento en los casos de fiebre del Valle del Rift en la región de Saint-Louis

- Suecia: Brote de listeriosis en Stockholm

- Uganda: Foco hiperendémico de cisticercosis porcina en el norte de Uganda

- Situación epidemiológica de la fiebre chikungunya

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.

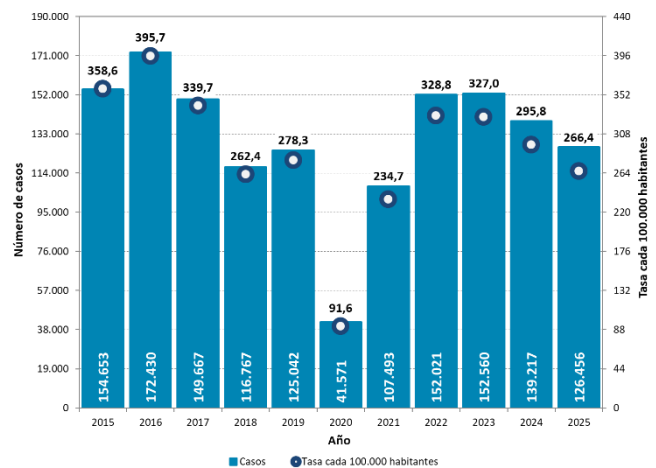
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - recfot - All Rights Reserved

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.

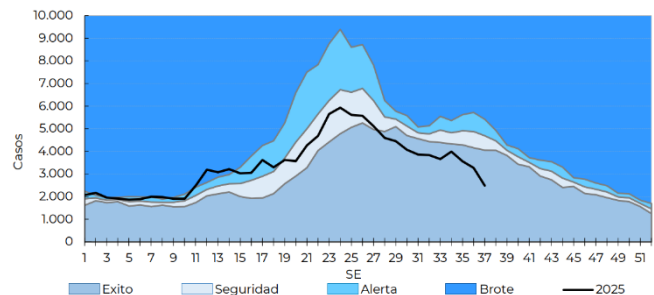
En el año 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 37, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 126.456 casos de neumonía, con una tasa de incidencia acumulada de 266,4 casos cada 100.000 habitantes.

En base a los datos de los últimos 11 años, se observa que en 2016 se registró el mayor número de casos del período. Posteriormente se observó una disminución sostenida entre 2017 y 2018, seguida de un ligero ascenso en 2019. En 2020 se registró un nuevo descenso de casos, que vuelven a incrementarse entre los años 2021 a 2023, mostrando una tendencia descendente en los años 2024 y 2025.

En el corredor endémico, las notificaciones semanales de la SE 1 y la SE 2 de 2025 se ubicaron en los niveles de alerta, y posteriormente permanecen en los niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se registra un ascenso de los casos semanales, que alcanzan niveles de brote entre la SE 12 y la SE 14 y niveles de alerta hasta la SE 18.



Casos notificados y tasas de incidencia cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015-2025, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal, en base a datos de los años 2015/2024 (se excluyen los años pandémicos 2020, 2021 y 2022). Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 37. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Existe una enfermedad endémica no muy divulgada en Argentina, la equinococosis quística, cuyos casos han venido creciendo en los últimos años por la falta de control y prevención. La amenaza para los seres humanos son los perros infectados, cuando estas mascotas no están desparasitadas y se da el contacto con ellos, ya sea a través de la saliva o del pelaje. Es una patología silenciosa, que puede no dar síntomas durante años, hasta que hace eclosión.

El patógeno es un parásito que se aloja en el intestino de los perros, pero no los afecta. Con las heces eliminan los huevos del parásito y el ciclo de contagio se retroalimenta cuando en zonas rurales el ganado se infecta. Luego, en muchas oportunidades los perros son alimentados con vísceras de ganado infectado, como costumbre doméstica, o porque los mismos perros encuentran restos de ejemplares muertos. Así, se da un círculo vicioso del que es difícil salir.

Una parte de la cadena de contagio se da en zonas rurales o semirurales, y otra se puede desarrollar también en zonas urbanas. Por ejemplo, por perros que han estado en el campo y son llevados a la ciudad. O en faenas de frigoríficos en pueblos o ciudades en los que restos de ganado infectado son alimento para los perros, ya sea en esos sitios industriales o luego, en basurales. Oportunidades de contagio no faltan.

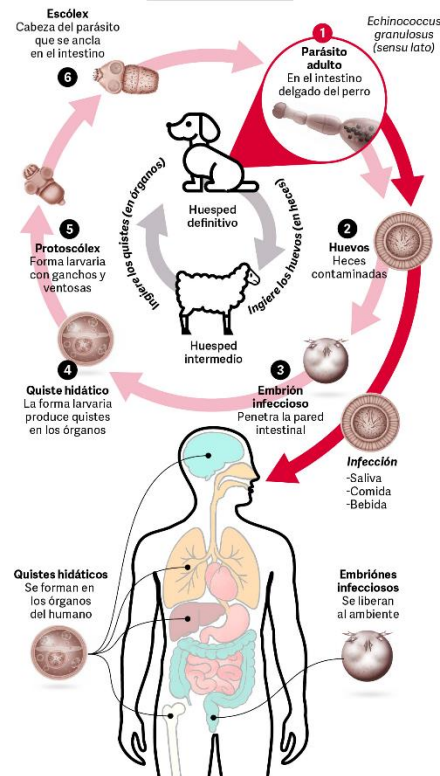
La enfermedad, comúnmente llamada hidatidosis, registró un promedio de 470 casos anuales entre 2019 y 2023, pero en el último año reportado a nivel nacional la cifra trepó a 643, según datos oficiales. En algunos casos muy graves, la infección puede ser mortal. A la vez, el parásito genera fuertes pérdidas económicas, ya sea por el impacto en el ganado o por los gastos en salud de los pacientes.

Susana Lloveras, jefa de la Sección Zoonosis Médica del Hospital de Infecciosas 'Dr. Francisco Javier Muñiz', advirtió que la hidatidosis "es una enfermedad complicada, en la que muchos casos demoran en manifestarse. Por lo general se contrae en la infancia y se manifiesta recién en la adultez, por quistes que se alojan principalmente en el hígado –alrededor de 80% de los casos– o en el pulmón –una manifestación habitual es la tos con eventual expulsión de líquido quístico–, aunque también pueden desarrollarse en otros órganos". Los quistes crecen paulatinamente y algunos pueden alcanzar un diámetro de entre 20 y 30 centímetros.

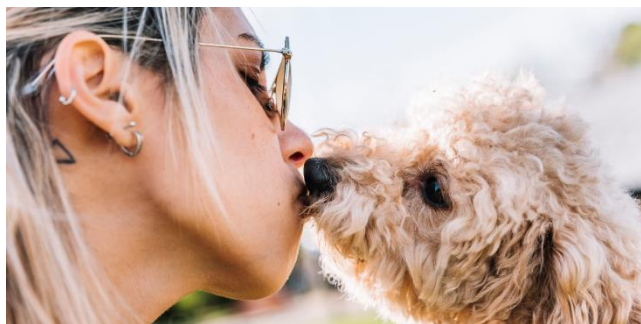
La experta agregó que "los perros pueden tener los huevos del parásito en su pelaje o en su hocico. El ganado se contagia pastando. El ser humano también se puede contagiar al alimentarse con verduras de huerta que han estado en contacto con estos huevos del parásito, o con agua contaminada". Las personas son el último eslabón de la cadena, ya que se infectan, pero no contagian a nadie.

Ciclo de contagio de la hidatidosis

También llamada Equinococosis Quística, la hidatidosis es una enfermedad parasitaria zoonótica, endémica en varias regiones de Sudamérica y del mundo.



Para Lloveras, el combate de esta enfermedad pasa por “cambiar conductas del ser humano, evitar la faena doméstica, evitar dar vísceras crudas a los perros. Otra forma es desparasitar periódicamente al perro. Y también la vacunación de los hospederos intermediarios, que es el ganado”.



La vacuna se aplica principalmente en ovejas y cabras. Al inmunizarlas, se puede cortar el ciclo de transmisión y se reduce el riesgo de que los perros se infecten y contagien a su vez a los seres humanos. Según el Ministerio de Salud, la inmunización permite una protección superior a 82% con una dosis; 97% con dos; y 100% con tres.

Los síntomas en las personas suelen aparecer cuando los quistes se rompen o, por su tamaño, ejercen presión sobre los órganos. Una vez que se confirma el diagnóstico –a través de una ecografía–, la medicación indicada es el albendazol, que provee el Ministerio de Salud. Aunque para los quistes de gran tamaño la indicación es la cirugía.

“Es un tratamiento que se extiende por un plazo de tres meses y no siempre los quistes se pueden eliminar por completo, por lo que hay que volver a tratar a los pacientes. Hay algunos tipos de hidatidosis, como la de hueso, que no se curan fácilmente”, agregó la especialista. Según datos del Ministerio de Salud, sólo 13% de los pacientes completa el tratamiento.

El Ministerio de Salud recomienda medidas de prevención para evitar la enfermedad: no alimentar a los perros con achuras crudas, desparasitarlos cada 45 días; mantener a los perros lejos de los lugares donde se carnea; lavar con agua potable y a chorro fuerte frutas y verduras; evitar que los perros laman a los chicos en la boca; evitar que los niños se lleven tierra o arena a la boca; lavarse bien las manos después de tocar un perro, antes de comer y tantas veces como sea necesario; cercar las huertas para que no entren los perros; tratar de tener pocos perros, uno o dos por familia y que no anden sueltos.

“Falta decisión política”

Uno de los argentinos que más conoce sobre hidatidosis es el veterinario Oscar Jensen, que durante 25 años fue jefe del Programa de Hidatidosis del Ministerio de Salud de Chubut. Se mostró preocupado porque “la desparasitación de perros está en baja”. Se hace con un fármaco llamado praziquantel y la última licitación nacional registrada es de 2023, por un millón de comprimidos.

Jensen informó que, en la provincia de Catamarca, un grupo de productores iniciará un plan de acción para vacunar 5.000 cabezas de ganado. Y contrastó esa realidad con lo que hace China: “Allá vacunan por año 50 millones de animales”. Estimó que para reducir el mayor riesgo en Argentina habría que vacunar unos 4 millones de ovejas y cabras.

El ex funcionario recordó que durante su gestión “nunca hubo voluntad política para combatir la hidatidosis. Llevábamos los proyectos y nos decían que sí, pero eran sólo palabras. A la hora del financiamiento, Salud decía que lo tenía que poner Ganadería y Ganadería decía que lo tenía que poner Salud. La realidad es que la hidatidosis hoy es una enfermedad totalmente controlable y los técnicos no tienen una sola excusa para no controlarla, pero falta decisión política”.



ESTADOS UNIDOS

MISSISSIPPI REPORTA UN AUMENTO DE
135% EN LOS CASOS DE TOS CONVULSA

29/09/2025

El Departamento de Salud del Estado de Mississippi (MSDH) confirmó la reciente muerte de un bebé en el estado a causa de la tos convulsa. El bebé tenía menos de dos meses y no cumplía los requisitos de edad para ser vacunado contra esta enfermedad. El MSDH no proporcionó detalles sobre el sexo ni el lugar de la muerte por respeto a la privacidad de la familia.

Hasta la fecha, se han reportado 115 casos de tos convulsa al MSDH desde el 1 de enero de 2025. Este es un aumento marcado de 135% respecto de los 49 casos reportados durante 2024. Incluyendo ésta, se han reportado tres muertes pediátricas por tos convulsa en Mississippi desde 2008.

La vacunación es una de las formas más seguras y eficaces de protegerse contra la tos convulsa y se recomienda para todos. La vacuna triple bacteriana acelular (DTaP) se recomienda para niños pequeños, mientras que la vacuna contra el tétanos, la difteria de baja concentración y la tos convulsa acelular (Tdap) se recomienda para niños mayores, mujeres embarazadas y adultos. Los bebés deben recibir la vacuna DTaP a los 2, 4 y 6 meses, seguida de dos dosis de refuerzo entre los 15 y 18 meses y entre los 4 y 6 años. Los preadolescentes deben recibir una dosis única de Tdap entre los 11 y los 12 años para reforzar su inmunidad.

Las mujeres embarazadas deben recibir una dosis única de Tdap durante cada embarazo, entre las semanas 27 y 36, para proteger a sus recién nacidos de la tos convulsa durante sus primeros meses de vida. Los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) también recomiendan una dosis única de Tdap para los adultos que nunca la han recibido. Si bien no existe una recomendación sistemática para las dosis de refuerzo contra la tos convulsa, la inmunidad contra esta enfermedad disminuye con el tiempo. Se recomienda que los adultos reciban dosis de refuerzo cada 10 años para mantener la protección contra el tétanos y la difteria; los profesionales de la salud pueden administrar la Tdap para este fin.

Si alguien estará en contacto cercano con un niño pequeño, es más importante que nunca que se vacune o reciba la dosis de refuerzo para evitar transmitirle la enfermedad. Incluso los adultos sanos pueden transmitir, sin saberlo, infecciones respiratorias peligrosas como la tos convulsa y el virus sincicial respiratorio a los bebés, quienes son más susceptibles a complicaciones de salud, incluso la muerte.

La tos convulsa no tiene un patrón estacional definido. Las tendencias pasadas sugieren que los casos pueden aumentar en verano y otoño, y la vacuna contra la tos convulsa suele tardar hasta dos semanas en producir inmunidad.

El brote de sarampión en Paraguay, que inició en agosto, registra actualmente una dispersión de casos. En la última semana, se confirmó otro caso de sarampión en el departamento Central. Se trata de una persona adulta joven de más de 20 años que reside en la ciudad de Mariano Roque Alonso. El caso está vinculado a la importación y es contacto cercano de un caso anterior registrado en Fernando de la Mora, también adulto joven. Las investigaciones demuestran que ambos afectados por el virus están directamente vinculados a los casos registrados en el segundo departamento, San Pedro.



Se hallan actualmente en investigación 20 personas con sospecha de sarampión, de las cuales, 17 son de San Pedro y 3 del Área Metropolitana.

A la fecha, asciende a 45 el número de casos confirmados de sarampión en el país: 43 de San Pedro distribuidos en Tacuatí (21), Nueva Germania (14) y Santa Rosa del Aguaray (8); y dos de Central.

Actualmente en San Pedro, los distritos de Nueva Germania y Santa Rosa del Aguaray se encuentran sin nuevos casos confirmados desde hace 21 días; mientras que el brote continúa activo en Tacuatí.

El rango etario de los afectados por la enfermedad es de entre 3 meses a 54 años. Desde el inicio del brote, siete de los afectados requirieron hospitalización, todos procedentes de San Pedro. Actualmente están con alta médica. Ninguno requirió cuidados intensivos. No se reportan fallecidos.

Teniendo en cuenta la tendencia de la transmisión, es importante estar al día con las vacunas. Aquellos que aún no cuentan con la dosis de protección contra esta enfermedad, deben acercarse hasta el vacunatorio más cercano.

La vacunación es la medida más efectiva contra el sarampión. Dentro del esquema regular, está establecida la aplicación de la primera dosis de la vacuna a los 12 meses de vida y luego a los 18 meses.

Trabajos realizados

En San Pedro, a la fecha, continúan todas las acciones de control y respuesta.

El 21 de septiembre se activaron los Equipos de Respuesta Rápida para las medidas de control, además del seguimiento de contactos de todos los casos confirmados y sospechosos.

Avances en coberturas de vacunación

De enero a setiembre fueron aplicadas 20.867 dosis de la vacuna contra el sarampión, con un aumento de 63,4% en los últimos dos meses.



ALEMANIA

MUERTE A CAUSA DEL VIRUS BORNA EN BAYERN

02/10/2025

En el distrito de Tirschenreuth, Bayern, un hombre de 57 años falleció en el Hospital de Distrito de Regensburg a causa de una infección por bornavirus (BoDV-1). El Departamento de Salud continúa investigando.

Originalmente conocido como agente causal de una enfermedad animal en caballos, ovejas y otros mamíferos, el virus no se identificó hasta 2018 como causante de encefalitis grave en humanos.



Musaraña europea (*Crocivura leucodon*)

El reservorio del virus BoDV-1 es la musaraña europea (*Crocivura leucodon*). Las musarañas europeas infectadas excretan el virus a través de las heces, la orina y la saliva, sin enfermar. Según la Oficina Estatal de Salud y Seguridad Alimentaria de Bayern, las investigaciones actuales indican que el virus puede transmitirse por contacto con la musaraña europea o sus excreciones. Actualmente se desconoce la vía exacta de transmisión de la musaraña europea a los humanos. Según el Instituto Friedrich Loeffler, el BoDV-1 es endémico en musarañas europeas en amplias zonas de Bayern.

El Departamento de Salud de Tirschenreuth está investigando la posible vía de contagio de la persona afectada y mantiene un estrecho contacto con los expertos de la Caja Regional del Seguro de Enfermedad. La infección por el bornavirus es extremadamente rara, pero potencialmente mortal.

Los expertos recomiendan mantener a las musarañas alejadas de las casas y no dejar alimento para las mascotas en el exterior. Si los gatos traen una musaraña muerta, primero se debe rociar el cadáver con productos de limpieza. Al desechar la musaraña muerta, se recomienda usar guantes de goma, gafas de seguridad y barbijo. La musaraña se debe recoger en una bolsa invertida y sellarla antes de desecharla con la basura doméstica.

Hace apenas unos meses, dos personas del distrito de Pfaffenhofen an der Ilm, en Oberbayern, fallecieron a causa del bornavirus. Inicialmente no estaba claro si existía una relación directa entre ambos casos.

El virus Borna, conocido actualmente como Bornavirus de los mamíferos 1 (BoDV-1), pertenece a la familia *Bornaviridae*. Se trata de un virus neurotrópico que causa una encefalitis progresiva y potencialmente mortal en diversas especies de animales, así como en seres humanos. Su nombre proviene de la ciudad de Borna, en Alemania, donde a fines del siglo XIX se describieron brotes neurológicos graves en caballos.

El reservorio natural identificado es la musaraña europea (*Crocidura leucodon*), un pequeño mamífero insectívoro que elimina el virus a través de saliva, orina y heces sin desarrollar enfermedad. La transmisión a animales domésticos o personas ocurre presumiblemente por contacto directo o indirecto con secreciones contaminadas, aunque los mecanismos exactos aún no están plenamente aclarados.

En los animales, la infección puede afectar caballos, ovejas, gatos y otros mamíferos, produciendo alteraciones neurológicas como ataxia, cambios de comportamiento, convulsiones y, con frecuencia, la muerte. En humanos, aunque históricamente se dudaba de su capacidad patógena, en los últimos años se han documentado casos confirmados de encefalitis aguda por BoDV-1 en Alemania, Austria, Suiza y Liechtenstein. Los pacientes presentaron fiebre, cefalea, trastornos del estado de conciencia, convulsiones y una rápida progresión hacia el coma y la muerte, con tasas de letalidad elevadas.

El diagnóstico representa un reto debido a la rareza de la enfermedad y la inespecificidad clínica inicial. La confirmación requiere pruebas moleculares como reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa en muestras de tejido nervioso, así como estudios serológicos especializados. Actualmente, la capacidad diagnóstica se concentra en pocos laboratorios de referencia, lo que limita la vigilancia y la detección temprana de casos.

No existe un tratamiento antiviral específico ni una vacuna aprobada contra el BoDV-1. La atención se basa en medidas de soporte intensivo, sin que hasta ahora se haya demostrado la eficacia clara de fármacos antivirales o inmunomoduladores. Dada la alta mortalidad, la prevención constituye un aspecto central. Las recomendaciones incluyen evitar el contacto con musarañas y sus hábitats, proteger alimentos y agua de la contaminación por animales silvestres, y reforzar la bioseguridad en explotaciones ganaderas en áreas endémicas.

En términos de salud pública, el virus Borna es objeto de creciente interés por su carácter emergente y su potencial impacto. Los casos humanos confirmados, aunque escasos, revelan la necesidad de fortalecer la vigilancia zoonótica y de sensibilizar al personal de salud en regiones de riesgo. La investigación actual busca esclarecer los factores que favorecen la transmisión a humanos, definir la verdadera carga de enfermedad y desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo, la rabia y otras zoonosis virales muestran que la interacción entre fauna silvestre, animales domésticos y poblaciones humanas puede generar amenazas inesperadas. En este contexto, el virus Borna resalta la importancia del enfoque Una Salud para comprender y controlar las enfermedades emergentes que surgen en la interfaz humano-animal.



Desde que la profilaxis preexposición (PrEP) se incorporó a la cartera básica del Sistema Nacional de Salud de España en 2019, su expansión ha sido constante. Un [informe](#) del Ministerio de Sanidad confirmó que a marzo de 2025, 34.309 personas estaban tomando PrEP en España, con presencia del programa en todas las comunidades autónomas.

De ellas, 5.197 recibieron seguimiento en el Sistema de Información de Programas de Profilaxis Pre-exposición al VIH en España (SIPrEP), lo que permite conocer con detalle el perfil, las prácticas de riesgo y los resultados clínicos de los usuarios.

¿Quién accede a la PrEP?

- El 96% son hombres que tienen sexo con hombres (HSH), con una edad media de 36 años.
- El 72% han nacido en España y el 20% en Latinoamérica.
- Un 37% tiene estudios universitarios y la mitad están trabajando.

La captación se produce en 38% de los casos a través de centros de atención primaria o consultas de VIH/ITS, lo que refuerza el papel de la red sanitaria como puerta de entrada al programa.

Riesgos y diagnósticos asociados

El perfil de vulnerabilidad frente al VIH es elevado:

- El 84% declaró más de diez parejas sexuales en el último año.
- El 79% practicó sexo anal sin preservativo.
- El 42% había sido diagnosticado de alguna infección de transmisión sexual (ITS) bacteriana reciente.
- El 21% informó prácticas de chemsex.

En la visita inicial se detectó sífilis en 7,8% y gonococia en 7,1%, lo que confirma el papel de la PrEP también como dispositivo de cribado y tratamiento precoz de las ITS.

Seroconversiones y otros resultados clínicos

Entre 2019 y 2025 se registraron solo cuatro seroconversiones al VIH en usuarios de PrEP, lo que equivale a una incidencia muy baja (0,85 cada 1.000 personas-año). En la mayoría de los casos se asoció a problemas de adherencia y consumo de drogas en contexto de chemsex.

Durante el seguimiento también se notificaron 100 nuevos casos de hepatitis C y más de 2.700 ITS bacterianas, lo que subraya la necesidad de mantener un acompañamiento clínico y preventivo continuo.

Retos pendientes

El 16% de los usuarios interrumpieron la PrEP en algún momento, principalmente por falta de percepción de riesgo, traslados o efectos secundarios. Además, una parte de las personas que

habían usado PrEP antes de entrar en el programa lo hicieron sin seguimiento médico, muchas veces comprándola por Internet.

Los autores del informe destacan que es clave:

- Aumentar la cobertura del SIPrEP para tener una visión más completa a nivel estatal.
- Reforzar el consejo asistido sobre consumo de drogas y chemsex.
- Adaptar las estrategias a las necesidades específicas de cada población diana.

Conclusión

El informe confirma que la PrEP, integrada en el sistema sanitario público, es una herramienta eficaz de prevención del VIH en España. Aunque las infecciones son excepcionales, la vigilancia epidemiológica, la detección de ITS y el acompañamiento en adherencia siguen siendo fundamentales para consolidar los logros de esta estrategia.



Desde el inicio de la vigilancia y hasta el 24 de septiembre, se han notificado en Italia 680 casos humanos confirmados de infección por el virus del Nilo Occidental, de los cuales 321 fueron neuroinvasivos, 54 casos asintomáticos identificados en donantes de sangre, 296 casos de fiebre (incluido uno importado de Kenia, uno de Egipto y uno de Maldivas), tres casos asintomáticos y seis casos con otros síntomas.

Los casos neuroinvasivos se notificaron en Lazio (83), Campania (79), Lombardia (44), Veneto (27), Emilia-Romagna (25), Sardegna (24), Piemonte (15), Toscana (8), Calabria (5), Basilicata (2), Friuli-Venezia Giulia (2), Molise (2), Puglia (2), Liguria (1), Marche (1) y Sicilia (1).

Entre los casos confirmados, se notificaron 48 fallecimientos, en Lazio (17), Campania (14), Piemonte (7), Lombardia (5), Calabria (2), Emilia-Romagna (2) y Sardegna (1). La tasa de letalidad, calculada sobre las formas neuroinvasivas confirmadas notificadas hasta la fecha, es de 14,9%; fue de 20% en 2018 y de 14% en 2024.

La vigilancia veterinaria realizada en caballos, mosquitos y aves domésticas y silvestres confirmó la circulación del virus del Nilo Occidental en Abruzzo, Campania, Emilia-Romagna, Lazio, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana y Veneto. Los análisis moleculares han confirmado la circulación de los linajes 1 y 2 del virus.

El número de provincias con circulación demostrada del virus del Nilo Occidental aumentó a 74, pertenecientes a 17 regiones: Abruzzo, Basilicata, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli-Venezia Giulia, Lazio, Liguria, Lombardia, Marche, Molise, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana y Veneto.

El Departamento de Salud de Sindh informó la sexta muerte por fiebre hemorrágica de Crimea-Congo del año 2025 en un carnicero de 28 años de Karachi.

El caso fue ingresado en el Hospital Jinnah el 24 de septiembre con fiebre, hematemesis, melena, presión arterial baja y taquicardia.

El laboratorio del Departamento de Salud de Sindh confirmó la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo el 26 de septiembre.

Las seis muertes ocurridas en 2025 ocurrieron en la provincia sureña de Sindh, incluidas cinco en Karachi, la capital provincial y la ciudad más grande de Pakistán.

La fiebre hemorrágica de Crimea-Congo es una zoonosis viral grave causada por un virus de la familia *Nairoviridae*. Se transmite principalmente por la picadura de garrapatas del género *Hyalomma* y, de manera secundaria, por contacto directo con sangre o fluidos de animales infectados, en particular ganado bovino, ovino y caprino, así como por exposición a fluidos de pacientes enfermos.

El virus tiene una amplia distribución geográfica, presente en más de 30 países de África, Europa del Este, Medio Oriente y Asia, lo que refleja la extensión de su vector. En zonas endémicas, el ganado actúa como reservorio amplificador, aunque suele permanecer asintomático, mientras que los seres humanos representan huéspedes accidentales.

El periodo de incubación varía según la vía de infección: de 1 a 3 días tras la picadura de garrapatas y de 5 a 7 días en caso de contacto con tejidos o fluidos contaminados. La enfermedad inicia de manera súbita con fiebre alta, cefalea intensa, mialgias, mareos y síntomas digestivos como náuseas y vómitos. En fases más avanzadas, pueden presentarse hemorragias cutáneas y viscerales, ictericia y alteraciones neurológicas. La tasa de letalidad reportada oscila entre 10% y 40%, lo que convierte al virus de la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo en uno de los arbovirus más graves para la salud pública.

El diagnóstico temprano resulta complejo debido a la inespecificidad de los síntomas iniciales y la similitud con otras enfermedades febriles hemorrágicas, como dengue, malaria grave o fiebre hemorrágica de Lassa. La confirmación requiere técnicas de laboratorio como la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa, serología o aislamiento viral, que deben realizarse en instalaciones de alta bioseguridad.

El tratamiento es fundamentalmente de soporte, centrado en la estabilización hemodinámica, el control de hemorragias y la prevención de complicaciones secundarias. El antiviral ribavirina se ha empleado en algunos casos con resultados variables, aunque no existe consenso definitivo sobre su eficacia. Actualmente no hay vacuna aprobada para uso general, lo que limita las opciones preventivas.

La estrategia de control se basa en medidas integrales que incluyen la protección personal contra picaduras de garrapatas, el uso de garrapaticidas en animales domésticos, la vigilancia epidemiológica en regiones endémicas y la capacitación del personal de salud para el manejo seguro de pacientes. En ámbitos hospitalarios, es crucial aplicar estrictas medidas de bioseguridad para evitar la transmisión nosocomial.

En el contexto de la salud global, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo representa una amenaza emergente debido a factores como la expansión de los vectores asociados al cambio climático, la intensificación de la ganadería y la movilidad internacional. La vigilancia transfronteriza y la cooperación entre países son esenciales para reducir el riesgo de brotes y fortalecer la capacidad de respuesta ante esta enfermedad de alto impacto.



Mientras las fuerzas israelíes continúan su avance para tomar el control total de la ciudad de Gaza, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) informó el 1 de septiembre de la muerte por inanición de Jana Ayed, una niña gazatí de nueve años.

Según las últimas cifras de las autoridades sanitarias palestinas, un total de 150 niños han fallecido por desnutrición aguda en la Franja de Gaza desde el inicio de la ofensiva israelí.



Al anunciar la muerte de Jana en un mensaje de vídeo en línea, la directora de comunicación del UNICEF, Tess Ingram, explicó que la niña había sido tratada dos veces en el hospital por desnutrición y se había recuperado en ambas ocasiones, pero finalmente falleció el 17 de septiembre, en medio de las continuas restricciones de ayuda impuestas por Israel.

“El mundo le falló a Jana muchas veces; le falló dos veces en cuanto a su alimentación”, insistió Ingram. “Una niña pequeña obligada a soportar tanto dolor debido a decisiones deliberadas que se tomaron para restringir la entrada de alimentos en la Franja de Gaza”.

La directora explicó que el UNICEF había evacuado inicialmente a la niña para que recibiera tratamiento en el sur de Gaza hace más de un año y que se había recuperado. “Recuerdo que tomé su frágil manita y la ayudé a subir a la ambulancia”, rememoró.

Acechada por el hambre

Una vez que Jana mejoró y fue dada de alta del hospital por primera vez a principios de este año, ella y su madre, Nesma, regresaron al norte de Gaza durante el alto el fuego para estar con su familia.

Pero el bloqueo de la ayuda humanitaria provocó el regreso del hambre, que se cobró la vida de Jouri, la hermana de dos años de Jana, en agosto. En ese momento, Ingram advirtió que Jana “apenas resistía” en un hospital de la ciudad de Gaza, donde recibía tratamiento.

También destacó que el sistema sanitario, devastado por la ofensiva israelí, era incapaz de proporcionar a la niña los cuidados que necesitaba. “Su última esperanza, la evacuación médica fuera de la Franja de Gaza, le falló. Ningún país dio un paso al frente y pudo sacar a Jana”, dijo la trabajadora del UNICEF.

Los jóvenes de Gaza que sufren desnutrición aguda moderada y grave reciben alimentos terapéuticos listos para el consumo en los últimos hospitales que quedan en la Franja, incluido el Hospital de la Sociedad de Amigos del Paciente en la ciudad de Gaza, donde Jana estaba siendo tratada.

Sin capacidad hospitalaria

Hace solo unos días, la Organización Mundial de la Salud (OMS) advirtió que otros cuatro hospitales se habían visto obligados a cerrar en el norte solo en este mes.

En toda Gaza solo quedan 14 hospitales, según la agencia, mientras que los trabajadores humanitarios han advertido en repetidas ocasiones que están desbordados por los casos de trauma y tienen dificultades para hacerles frente.



La madre de Jana Ayed, Nesma, sentada junto a su cama de hospital cuando estaba siendo tratada por desnutrición.

“Se está castigando a los niños”

El UNICEF insistió en que la historia de Jana y Jouri era un “devastador recordatorio de que la vida de los niños en Gaza está en peligro, no solo por los ataques aéreos, sino también por las condiciones de vida”.

También destacó que la crisis de malnutrición en Gaza ha alcanzado niveles catastróficos, con toda la población infantil menor de cinco años, más de 320.000 niños, en riesgo de sufrir malnutrición aguda.

Solo en julio, 13.000 niños la sufrieron, “la cifra mensual más alta jamás registrada”, lo que representa un aumento de más de 500% desde principios de año, explicó el UNICEF.

“Esta guerra debe terminar ya. Se debe permitir la entrada de ayuda en la Franja de Gaza, incluidos los suministros alimentarios y nutricionales. Se debe permitir a los trabajadores humanitarios hacer su trabajo”, afirmó Ingram.

“Los niños de Gaza están siendo castigados por estas decisiones y eso los está matando”.

Cómo se llevan a cabo las evacuaciones médicas

Las evacuaciones médicas de la Franja coordinadas por la OMS siguen un estricto protocolo de siete pasos, desde la derivación inicial del paciente por parte de un médico hasta la evacuación por parte de la agencia de salud de la Organización de Naciones Unidas (ONU), basándose en una lista presentada a los países de acogida que luego es aprobada por las autoridades israelíes.

Los últimos datos de la OMS sobre evacuaciones médicas indican que se ha ayudado a 7.841 pacientes a salir de Gaza desde el 7 de octubre de 2023. Más de 5.330 de estos pacientes eran niños. Aproximadamente 15.600 pacientes siguen necesitando ser evacuados por razones médicas de Gaza.

El 29 de septiembre, la OMS apoyó la evacuación de 14 pacientes y 38 acompañantes de Gaza a Jordania y de 15 pacientes y 65 acompañantes a Italia, desde un hospital de campaña gestionado por la Sociedad de la Media Luna Roja Palestina, socio de la ONU, situado en la carretera costera de Al-Mawasi.

“Los pacientes, acompañantes y cuidadores partirán desde aquí en ambulancias, autobuses y escoltados por la OMS para que puedan atravesar con seguridad las zonas de combate hasta Kerem Shalom”, explicó Athanasios Gargavanis, cirujano traumatólogo de la OMS y jefe interino del equipo de Gaza.

Explicó que desde Kerem Shalom, los palestinos abandonarían la Franja antes de ser trasladados al aeropuerto de Ramon, en el sur de Israel, y luego a los países de acogida.

“Esto es solo la punta del iceberg”, afirmó Gargavanis. “Se necesitan muchas más misiones de evacuación médica y muchos más países de acogida. La Organización Mundial de la Salud se compromete a apoyar estas misiones”.

La OMS sigue pidiendo que se restablezcan las derivaciones médicas a Cisjordania y Jerusalén Este y que más países acepten pacientes.

Las medidas de respuesta al brote de enfermedad por el virus del Ébola en la República Democrática del Congo están comenzando a frenar su propagación. Los casos notificados en las últimas tres semanas indican un inicio de tendencia a la baja. Sin embargo, mantener e intensificar las medidas de control sigue siendo fundamental para detener el brote.

Durante la semana epidemiológica 39, se notificaron siete casos, seis de ellos confirmados y uno probable, en la Zona Sanitaria de Bulape, provincia de Kasai. Esto representa una disminución con respecto a la semana anterior, cuando se notificaron 11 casos confirmados. Desde el 30 de septiembre de 2025, no se han notificado nuevos casos. Hasta el 1 de octubre, se había notificado un total acumulado de 64 casos (53 confirmados y 11 probables), incluidas 42 muertes. El brote sigue localizado en Bulape.

En las últimas tres semanas se han logrado avances significativos en el fortalecimiento de todos los aspectos de la respuesta a la enfermedad por el virus del Ébola. Al 1 de octubre, se había monitoreado a 97% de los más de mil contactos registrados; se están recibiendo e investigando con prontitud un número creciente de alertas, lo que sugiere un sistema de vigilancia de la enfermedad más sólido. Se está mejorando la atención clínica, y el centro de tratamiento en la Zona Sanitaria de Bulape, epicentro del brote, se ha ampliado a una capacidad de 44 camas. También se han reforzado las medidas de prevención y control de infecciones, así como la participación comunitaria.

Hasta el momento, se han vacunado más de 8.000 profesionales sanitarios de primera línea, contactos de casos confirmados y sus contactos. Se está implementando una nueva estrategia de vacunación, cuyo objetivo es administrar 18.000 dosis en 19 localidades de Bulape para proteger a las poblaciones en riesgo y ayudar a detener la propagación del virus.

“Las primeras señales de progreso son alentadoras y subrayan la necesidad de mantener e intensificar las medidas que salvan vidas”, declaró el Dr. Mohamed Janabi, Director Regional de la Organización Mundial de la Salud (OMS) para África. “Cada día sin casos y cada paciente recuperado nos acerca más al fin del brote”.

La OMS, los Centros Africanos para el Control y la Prevención de Enfermedades, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, la Alianza para la Acción Médica Internacional, Médicos Sin Fronteras, la Federación Internacional de la Cruz Roja y otras organizaciones asociadas están trabajando estrechamente con el gobierno para garantizar un control rápido y eficaz del brote.

Los esfuerzos continuos siguen siendo cruciales para mejorar las operaciones de respuesta en las zonas críticas y mantener el progreso. También se necesitan recursos financieros adicionales para reforzar la respuesta. Se ha puesto en marcha un Plan Estratégico Regional de Preparación y Respuesta, y las organizaciones asociadas necesitan aproximadamente 66,6 millones de dólares estadounidenses para contribuir al Plan Nacional de Respuesta.

El plan de respuesta tiene como objetivo fortalecer las capacidades de preparación y crear resiliencia a largo plazo en el sistema de salud, particularmente en áreas como agua y saneamiento, instalaciones de cadena de frío, capacidad de laboratorio y recursos humanos.

La región de Saint-Louis enfrenta un preocupante aumento de la fiebre del Valle del Rift. La epidemia, que surgió hace varias semanas, continúa propagándose y afectando a varios distritos sanitarios.

Según el último informe elaborado el 2 de octubre, se han registrado 54 casos positivos. Entre ellos, hay 18 casos simples con seguimiento domiciliario, 25 personas curadas, 8 fallecimientos y 3 hospitalizados, incluyendo uno tratado en Ndioum y otros dos en Saint-Louis. Con este informe, se han registrado 13 nuevos casos en la región de Saint-Louis.

La situación sanitaria se está volviendo preocupante, ya que cuatro de los cinco distritos de la región se encuentran ahora en fase epidémica.

Las autoridades sanitarias llaman a la vigilancia y al estricto cumplimiento de las medidas preventivas, en particular la protección contra las picaduras de mosquitos, principal vector de la enfermedad.

Se están realizando campañas de concientización y control de vectores para limitar la propagación del virus y proteger a las poblaciones.



A cuatro personas se les diagnosticó sepsis después de comer en un restaurante de lujo en Stockholm que se ha relacionado con un presunto brote de listeriosis.

Las autoridades sanitarias afirman que al menos 15 personas han sido tratadas o están bajo observación en el hospital después de cenar en Coco & Carmen, un local de lujo en el distrito Östermalm de la capital sueca.

La mayoría de las decenas de afectados no están gravemente enfermos, según afirmaron funcionarios de Stockholm, y hasta el momento ninguno de los ingresados en el hospital ha necesitado cuidados intensivos.

Es raro que los alimentos contaminados con la bacteria *Listeria monocytogenes* causen una infección muy grave, conocida como listeriosis. Las personas con listeriosis pueden desarrollar sepsis, una reacción exagerada del sistema inmunitario que puede ser mortal.

La autoridad regional confirmó que el rastreo de infecciones, que inicialmente cubría a los huéspedes que comieron en el restaurante entre el 25 y el 27 de septiembre, se había ampliado desde entonces para incluir a las personas que cenaron allí entre el 23 y el 24 de septiembre.

"Aquellos que presenten síntomas persistentes como fiebre, vómitos o diarrea deben acudir al servicio de urgencias de un hospital para una evaluación", dijo Maria Rotzén Östlund, médica especialista en enfermedades infecciosas.

Los funcionarios de salud regionales advirtieron en un comunicado de prensa que "un gran número de personas pueden haber sido infectadas" y enfatizaron que la listeriosis representa el mayor riesgo para las mujeres embarazadas, las personas mayores y aquellas con sistemas inmunes debilitados.

Hasta el 2 de octubre por la noche, 85 personas se han quejado de intoxicación alimentaria tras comer en el restaurante con una herramienta de rastreo municipal, según informaron las autoridades. Se había contactado a unas 400 personas para rastrear la infección.

"Cuatro personas presentaron sepsis, pero ninguna necesitó cuidados intensivos", dijo la especialista en enfermedades infecciosas Maria Rotzén Östlund.

Coco & Carmen ha cerrado temporalmente mientras continúa la investigación sobre la causa del presunto brote.

El restaurante afirmó en un comunicado que siempre había pasado las inspecciones de seguridad alimentaria y estaba cooperando con las autoridades.

"Nos tomamos esto muy en serio y, como el bienestar de nuestros huéspedes es nuestra máxima prioridad, hemos cerrado voluntariamente hasta nuevo aviso", dijeron los propietarios, añadiendo que esperaban reabrir el 7 de octubre.



Las personas contrajeron listeriosis después de cenar en Coco & Carmen, que cerró temporalmente.

Joakim Almquist, chef y copropietario, declaró: "Lo único que puedo hacer es disculparme sinceramente, porque sufro con esta gente".

L. monocytogenes se encuentra comúnmente en el suelo, el agua y los animales, y puede propagarse a través de alimentos contaminados, particularmente cuando se almacenan en condiciones de frío durante períodos prolongados.

Aunque la mayoría de las personas solo experimentan síntomas leves similares a una gastroenteritis viral, puede provocar enfermedades graves como meningitis o sepsis. El período de incubación puede durar desde varios días hasta tres semanas.

La listeriosis es una infección causada por *Listeria monocytogenes*, una bacteria grampositiva ubicua en el ambiente que tiene la capacidad de sobrevivir y multiplicarse en condiciones adversas, como temperaturas de refrigeración y ambientes con alta concentración de sal. Esta característica la convierte en un patógeno de transmisión alimentaria especialmente relevante en salud pública. Los seres humanos adquieren la infección al consumir alimentos contaminados, entre los que se incluyen lácteos no pasteurizados, quesos blandos, carnes frías, vegetales crudos y productos listos para comer que no han sido adecuadamente manipulados.

En la mayoría de las personas sanas, la listeriosis cursa de manera leve o incluso asintomática, con un cuadro semejante a una gastroenteritis, caracterizado por fiebre, diarrea y malestar general. Sin embargo, en grupos vulnerables –como mujeres embarazadas, recién nacidos, adultos mayores y personas inmunocomprometidas– la bacteria puede atravesar la barrera intestinal y diseminarse por vía hematógena, provocando infecciones invasivas graves. En estos casos, se presentan meningoencefalitis, septicemia, endocarditis y abscesos cerebrales. La infección durante el embarazo tiene una importancia particular, ya que puede ocasionar aborto espontáneo, parto prematuro o infección neonatal severa, con alta mortalidad.

El diagnóstico de la listeriosis invasiva se confirma mediante el aislamiento del microorganismo en hemocultivos o líquido cefalorraquídeo. En cuanto al tratamiento, *L. monocytogenes* es naturalmente resistente a las cefalosporinas, por lo que el esquema de elección combina ampicilina con gentamicina. En pacientes alérgicos, se emplea trimetoprima-sulfametoxazol. La duración de la terapia depende de la localización de la infección y del estado inmune del paciente.

La listeriosis se considera una enfermedad relativamente poco frecuente en comparación con otras infecciones alimentarias, pero con una letalidad elevada, que puede alcanzar el 20-30% en sus formas invasivas. Los brotes suelen asociarse a la contaminación de alimentos procesados en plantas industriales, lo que resalta la importancia de la vigilancia sanitaria y de estrictas medidas de control en la cadena de producción.

Un reciente [artículo](#) confirmó la existencia de un foco hiperendémico de cisticercosis porcina en el norte de Uganda, una zoonosis de gran importancia para la salud pública por su relación con la neurocisticercosis humana. El estudio responde a la necesidad de contar con datos empíricos que validen los modelos geoespaciales previos, los cuales habían identificado esta región como de alto riesgo debido a la combinación de elevada densidad porcina, pobreza y limitaciones en saneamiento básico.

Entre abril y octubre de 2023, se realizó un estudio transversal en cuatro distritos del norte del país, muestreando 1.049 cerdos pertenecientes a 714 hogares distribuidos en 165 aldeas. Se utilizó la prueba serológica de ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas para detección de antígenos (Ag-ELISA) para detectar *Taenia solium*, y, para confirmar los hallazgos y descartar reacciones cruzadas con otros parásitos, se llevó a cabo la disección completa de 20 cerdos positivos. Paralelamente se recolectaron datos sobre condiciones del hogar, prácticas de manejo animal y características ambientales, con el fin de identificar factores de riesgo asociados.

Los resultados mostraron una prevalencia aparente de 19,5%, ajustada a 17,4% al considerar la sensibilidad y especificidad de la prueba. A nivel de hogar, uno de cada cuatro tenía al menos un cerdo infectado, y dos tercios de las aldeas presentaban casos positivos. Las disecciones confirmaron la infección por *T. solium* en la mayoría de los cerdos examinados, con cargas de parásitos que en muchos casos superaban los mil quistes, y se observaron además coinfecciones con *Taenia hydatigena*.

El análisis de factores de riesgo reveló que los cerdos de mayor edad, aquellos de razas no locales y los que deambulaban libremente tenían más probabilidades de estar infectados. El uso de agua de pozo para los animales apareció como un factor de riesgo notable, mientras que la presencia de letrinas en los hogares resultó protectora. El estudio también identificó una tendencia al agrupamiento de casos dentro de hogares y aldeas, lo que refuerza la idea de transmisión focalizada.

Las conclusiones destacan que esta región de Uganda constituye efectivamente un foco hiperendémico, lo que implica un riesgo considerable para la población humana, dado que la carne infectada puede pasar al consumo sin control sanitario y que el saneamiento deficiente favorece la transmisión. Los autores subrayaron la importancia de aplicar un enfoque integral de Una Salud que combine el tratamiento de personas con teniasis, intervenciones en animales, educación sanitaria y mejoras en la infraestructura de saneamiento. Asimismo, sugieren que las estrategias focalizadas, como intervenciones dirigidas en torno a casos detectados, podrían tener un impacto positivo en el control.

El trabajo aporta evidencia robusta para fundamentar intervenciones específicas en Uganda y servir de referencia en otras zonas endémicas, y plantea la necesidad de continuar investigando los factores ambientales, el papel de la contaminación del entorno y la aplicación de modelos predictivos que permitan orientar políticas de control más eficaces.

A nivel mundial, hasta diciembre de 2024, se había notificado transmisión autóctona actual o previa del virus Chikungunya en 119 países y territorios de seis regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, 27 países y territorios contaban con evidencia de poblaciones de vectores establecidas y competentes de *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, pero aún no habían documentado la transmisión autóctona del virus.

Región	Casos sospechosos	Casos confirmados	Muertes
América	228.591	100.329	115
Europa	—	56.456	40
Sudeste Asiático	31.208	3.420	—
Pacífico Occidental	—	21.299	—
África	2.197	108	—
Mediterráneo Oriental	1.596	67	—
Total	263.592	181.679	155

Casos sospechosos y confirmados de fiebre chikungunya y muertes, según región. Año 2025, hasta septiembre. Fuente: Organización Mundial de la Salud.

Según los datos disponibles de enero a septiembre de 2025, se han notificado a nivel mundial 263.592 casos sospechosos y 181.679 casos confirmados de fiebre chikungunya, así como 155 muertes relacionadas con esta enfermedad. Si bien algunas regiones de la OMS informan cifras de casos inferiores a las de 2024, otras están experimentando aumentos significativos. Esta heterogeneidad en las tendencias regionales dificulta la interpretación de un aumento global. En cambio, los datos sugieren un resurgimiento o una emergencia localizada en áreas geográficas específicas. La Región de las Américas ha notificado el mayor número de casos, seguida de la Región Europea (compuesta principalmente por casos notificados en los departamentos franceses de ultramar del océano Índico).

Región de las Américas

Al 20 de septiembre de 2025, la transmisión del virus Chikungunya continúa en las Américas, de acuerdo con los patrones estacionales previstos. Se ha notificado un total de 228.591 casos sospechosos en 14 países, incluidos 100.329 casos confirmados y 115 fallecimientos.

- **Bolivia:** Se han notificado 5.372 casos de fiebre chikungunya, de los cuales 73% fueron confirmados por laboratorio, con cuatro fallecimientos. El brote afectó principalmente al departamento de Santa Cruz, con 99% de los casos (3.905 casos, incluyendo cuatro fallecimientos). Además, se notificaron casos en los departamentos de Beni, Chuquisaca, Cochabamba, Pando y Tarija.
- **Brasil:** El país representa casi 96% de todos los casos y muertes notificados en la región, con 96.159 casos confirmados y 111 muertes.
- **Cuba:** En 2025, hasta el 20 de septiembre, se notificaron 34 casos de fiebre chikungunya, todos confirmados mediante prueba de reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), en las provincias de Guantánamo, La Habana, Matanzas, Pinar del Río y Santiago de Cuba. Se han implementado intervenciones de salud pública.

Región Europea

En 2025, hasta el 15 de septiembre, dos países europeos –Francia e Italia– habían notificado casos autóctonos de fiebre chikungunya. Francia registró 479 casos distribuidos en 54 con-

glomerados, con 40 conglomerados activos. Italia notificó 205 casos autóctonos distribuidos en cuatro conglomerados, de los cuales tres están activos. En 2025, se notificaron 56.456 casos de fiebre chikungunya y 40 fallecimientos en cuatro países de la Región Europea.

- **Francia:** El aumento de la incidencia de brotes de fiebre chikungunya en 2025 representa una desviación de los patrones observados en años anteriores. En 2024, solo se notificó un caso de fiebre chikungunya. El mayor número de casos de este año, junto con su inicio temprano, se relaciona con una epidemia en La Reunión y la región del océano Índico en general, impulsada por una cepa viral altamente adaptada al mosquito *Aedes albopictus*.
- **La Reunión:** En 2025, hasta el 14 de septiembre, se ha notificado un total de 54.517 casos confirmados y 40 fallecimientos en este departamento francés de ultramar. Se observó una disminución constante de nuevos casos desde el 26 de abril, lo que indica que el brote está remitiendo. Esto marca la primera transmisión autóctona de fiebre chikungunya en la isla desde 2014.
- **Mayotte:** Tras dos casos importados de La Reunión, se confirmó el primer caso autóctono de fiebre chikungunya en marzo de 2025. Hasta el 18 de septiembre de 2025, se habían notificado 1.255 casos autóctonos, incluidas 39 hospitalizaciones. La transmisión disminuyó desde agosto, con solo unos pocos casos notificados por semana en promedio.

Región del Sudeste Asiático

En 2025, hasta principios de septiembre, se habían notificado más de 34.628 casos de fiebre chikungunya, tanto sospechosos como confirmados, en la región del Sudeste Asiático de la OMS, principalmente en India y Bangladesh.

- **India:** En 2025, hasta el 31 de marzo, se notificaron 30.876 casos sospechosos y 1.741 casos confirmados. Los estados con mayor número de casos confirmados fueron Maharashtra, Karnataka y Tamil Nadu.
- **Bangladesh:** En 2025, hasta el 31 de agosto, el Instituto de Epidemiología, Control de Enfermedades e Investigación notificó un total de 732 casos sospechosos en la ciudad de Dhaka. De estos, 400 casos fueron confirmados por laboratorio mediante RT-PCR.
- **Sri Lanka:** En 2025, hasta la segunda semana de marzo, se notificaron 151 casos confirmados de fiebre chikungunya en los centros de vigilancia de Colombo, Gampaha y Kandy. Según el informe de situación de la División de la Unidad de Epidemiología, de fecha 31 de agosto de 2025, los casos continuaron aumentando y alcanzaron su punto máximo en junio de 2025. Más de la mitad de los casos notificados se registraron en la Provincia Occidental, y solo el distrito de Colombo registró el 33%. El grupo etario más afectado fue el de 41 a 60 años (36,4%), aunque se observó una tendencia al alza entre los niños.
- **Tailandia:** En 2025, hasta el 14 de septiembre, se notificaron 1.128 casos. Las provincias con más casos son Bueng Kan (142 casos), Chiang Mai (411) y Loei (125). La distribución por edad de los casos es la siguiente: 0-4 años (2%), 5-9 años (3%), 10-14 años (6%), 15-19 años (4%), 20-29 años (9%), 30-39 años (17%), 40-49 años (17%), 50-59 años (16%), más de 60 años (26%).

Región del Pacífico Occidental

En 2025, se notificó un total de 14.359 casos de fiebre chikungunya, sin muertes, en 16 países y zonas de la región. De ellos, cinco países notificaron transmisión local, seis notificaron casos importados y cinco no notificaron ningún caso durante el año.

- **China:** En 2025, hasta el 27 de septiembre, se había notificado un total de 16.452 casos autóctonos en la provincia de Guangdong. Todos los casos fueron confirmados por laboratorio. Esto representa el mayor brote de fiebre chikungunya documentado hasta la fecha en China. Los casos se han notificado en 21 ciudades, principalmente en las de Foshan (10.032 casos), Jiangmen (5.209), Guangzhou (590), Shenzhen (128), Zhanjiang (112), Zhuhai (60) y Zhongshan (54). Además, entre el 1 y el 21 de septiembre, la región autónoma de Guangxi Zhuang notificó 297 casos locales y asociados; la provincia de Fujian notificó 124 casos locales y asociados; y algunas otras provincias (como las de Hunan, Sichuan y Hainan) también notificaron algunos casos autóctonos.

Según los datos al 16 de agosto de 2025, entre todos los casos notificados localmente a nivel nacional, la distribución por edad es la siguiente: 0-5 años (3,1%), 6-17 años (13,6%), 18-45 años (37,0%), 46-60 años (23,3%), 61-74 años (15,2%) y más de 75 años (7,8%). Hasta la fecha, todos los casos notificados han sido leves, sin casos graves ni fallecimientos.

- **Indonesia:** En 2025, hasta el 31 de julio, se habían notificado 3.608 casos confirmados de fiebre chikungunya en 19 provincias, en comparación con los 1.399 casos confirmados notificados durante el mismo período de 2024. Hasta la fecha, no se han registrado muertes relacionadas con el virus Chikungunya. El riesgo de futuros aumentos persiste, especialmente durante la transición de la estación lluviosa a la seca, con mayor preocupación en las provincias más pobladas y visitadas: Jawa Barat, Jawa Tengah, Jawa Timur y Bantén. El Ministerio de Salud de Indonesia reforzó la detección y la notificación a través de su Sistema de Alerta y Respuesta Temprana e implementó medidas de respuesta en zonas de alto riesgo.
- **Malasia:** En 2025, hasta el 2 de agosto, se habían notificado 40 casos de fiebre chikungunya, en comparación con los 63 casos notificados durante el mismo período de 2024. Hasta la fecha, no se han registrado muertes relacionadas con esta enfermedad. Durante el presente año, se notificaron tres conglomerados de fiebre chikungunya. Se implementaron medidas de investigación de casos, gestión integrada de vectores, participación comunitaria y colaboración multisectorial. Todos los brotes se contuvieron con éxito en dos semanas desde su detección, lo que indica una respuesta de salud pública y una gestión eficaz de los brotes.
- **Filipinas:** En 2025, hasta el 16 de agosto, se habían notificado 628 casos de fiebre chikungunya, lo que representa una disminución de 78% con respecto a los 2.886 casos notificados en el mismo período de 2024. La tendencia nacional ha sido fluctuante, con 46 casos notificados entre el 20 de julio y el 2 de agosto de 2025, lo que representa una disminución de 10% respecto de los 51 casos notificados dos semanas antes (del 6 al 19 de julio de 2025). La edad de los casos oscilaba entre 1 y 87 años, con una mediana de 33 años. El 66% de los casos (414 de 628) correspondió a mujeres. Se notificó una muerte (tasa de letalidad de 0,16%). Las autoridades sanitarias locales han investigado las zonas con conglomerados de casos para determinar los factores de riesgo e implementar medidas de control vectorial.
- **Singapur:** En 2025, hasta el 20 de septiembre, se habían notificado 25 casos de fiebre chikungunya, en comparación con los 12 casos notificados durante el mismo período de 2024. La mayoría de los casos correspondieron a personas que habían viajado recientemente a zonas afectadas por la enfermedad. No se han notificado muertes relacionadas con el virus Chikungunya ni transmisión local sostenida. La Agencia de Enfermedades Transmisibles de Singapur continúa monitoreando de cerca la situación y proporciona orientación continua sobre medidas de prevención y control, centrándose especialmente en el control de vectores para limitar la transmisión.

Región Africana

En 2025, hasta septiembre, se notificó un total de 2.197 casos sospechosos y 108 confirmados de fiebre chikungunya en cuatro países: Comoras, Kenia, Mauricio y Senegal, siendo Mauricio el que registró el mayor número de casos.

- **Comoras:** En 2025, hasta el 31 de mayo, se notificó un total de cuatro casos confirmados.
- **Senegal:** En 2025, hasta el 31 de mayo, se notificó un total de siete casos confirmados.
- **Mauricio:** entre el 15 de marzo y el 4 de agosto de 2025, se notificaron 1.583 casos, incluidos 1.543 casos autóctonos y 40 importados. No se han reportado fallecimientos.
- **Kenia:** El 8 de junio de 2025 se confirmó un brote de fiebre chikungunya en el condado de Mombasa. Para el 6 de julio se habían registrado 614 casos, incluidos 97 confirmados por laboratorio. Desde entonces, no se han reportado nuevos casos. Hasta la fecha, no se han registrado muertes relacionadas con la fiebre chikungunya.

Región del Mediterráneo Oriental

En 2025, hasta septiembre, se notificó un total de 1.596 casos sospechosos y 67 casos confirmados de fiebre chikungunya en Pakistán y Somalia.

- **Pakistán:** Se notificaron casos de fiebre chikungunya en 2025 a tasas similares a las de 2024. Se produjo un aumento notable entre el 4 de mayo y el 21 de junio de 2025, con entre 101 y 121 casos sospechosos notificados por semana durante este período.
- **Somalia:** Se confirmó un brote de fiebre chikungunya en la región de Sool, con 488 casos sospechosos notificados entre enero y junio de 2025. Ocho de cada diez muestras analizadas fueron confirmadas por laboratorio para fiebre chikungunya. También se registraron casos importados relacionados con viajes.

La fiebre chikungunya es una enfermedad viral transmitida por mosquitos causada por el virus Chikungunya, un virus ARN del género *Alphavirus* de la familia *Togaviridae*. El virus Chikungunya es transmitido por mosquitos hembra infectados, comúnmente *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*, que también pueden transmitir los virus Dengue y Zika. Estos mosquitos pican principalmente durante el día, y *Aedes aegypti* se alimenta tanto en interiores como en exteriores, mientras que *Aedes albopictus* se alimenta principalmente en exteriores. Ponen huevos en recipientes artificiales y naturales con agua estancada.

Cuando un mosquito no infectado se alimenta de una persona con virus Chikungunya circulando en su torrente sanguíneo, puede ingerir el virus. Durante un período de aproximadamente 10 días (rango: 7-12 días), el virus se replica en el mosquito y penetra en sus glándulas salivales. Una vez que esto ocurre, el mosquito puede transmitir el virus a un nuevo huésped humano mediante una picadura posterior. En la persona recién infectada, el virus comienza a replicarse y alcanza altas concentraciones en la sangre, lo que permite la transmisión a otros mosquitos y perpetúa el ciclo de transmisión.

En pacientes sintomáticos, la fiebre chikungunya suele aparecer entre 4 y 8 días (rango: 2 y 12 días) después de la picadura de un mosquito infectado. La enfermedad se caracteriza por la aparición repentina de fiebre, frecuentemente acompañada de dolor articular intenso. Este dolor suele ser debilitante y durar unos días, pero puede prolongarse durante semanas, meses o incluso años. Otros signos y síntomas comunes incluyen inflamación articular, dolor muscular, dolor de cabeza, náuseas, fatiga y sarpullido. Dado que estos síntomas se solapan con los de otras infecciones, como las causadas por los virus Dengue y Zika, los casos pueden diagnosticarse erróneamente. En ausencia de dolor articular significativo, los síntomas en las personas infectadas suelen ser leves y la infección puede pasar desapercibida. La mayoría de los pacientes se recuperan completamente de la infección; sin embargo, se han reportado casos ocasionales de complicaciones oculares, cardíacas y neurológicas en infecciones por virus Chikungunya. Los pacientes en los extremos del espectro de edad tienen un mayor riesgo de presentar una enfermedad grave, incluyendo los recién nacidos infectados durante el parto de madres infectadas o picados por mosquitos infectados en las semanas posteriores al nacimiento, y las personas mayores, en particular aquellas con afecciones médicas subyacentes. Los pacientes con enfermedad grave requieren hospitalización debido al riesgo de daño orgánico y muerte. Una vez recuperados, la evidencia disponible sugiere que probablemente sean inmunes a futuras infecciones por el virus Chikungunya. Este virus puede detectarse directamente en muestras de sangre recolectadas durante la primera semana de la enfermedad mediante pruebas moleculares como la reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR), y después de la primera semana de la enfermedad mediante pruebas serológicas para detectar los anticuerpos producidos en respuesta a la infección por el virus Chikungunya.

El manejo clínico incluye controlar la fiebre y el dolor articular con antipiréticos y analgésicos, mantener una hidratación adecuada mediante el consumo de suficientes líquidos y asegurar el descanso general. No existe un tratamiento antiviral específico para las infecciones por virus Chikungunya. Se recomienda paracetamol o acetaminofén para aliviar el dolor y reducir la fiebre hasta que se descarte la infección por el virus Dengue, ya que los antiinflamatorios no esteroideos (AINE) pueden aumentar el riesgo de sangrado.

Actualmente existen dos vacunas contra la fiebre chikungunya que han recibido la aprobación regulatoria o se han recomendado para su uso en poblaciones de riesgo en varios países. Sin embargo, aún no están ampliamente disponibles ni se utilizan de forma generalizada. La Organización Mundial de la Salud y asesores expertos externos están revisando los datos de los ensayos clínicos y la información posterior a la comercialización de la vacuna, en el contexto de la epidemiología mundial de la fiebre chikungunya, para fundamentar posibles recomendaciones de uso.

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

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.
--	--	---