

CÓRDOBA

- Ciudad de Córdoba: Publican mapas de riesgo para dengue basados en la presencia del mosquito vector

ARGENTINA

- Vigilancia epidemiológica de enfermedad tipo influenza
- Refuerzan la vigilancia y la prevención ante el brote de fiebre amarilla en la región
- Tierra del Fuego: Refuerzan la vacunación ante el brote de tos convulsa en Ushuaia

AMÉRICA

- Colombia: Detectan en Sucre la encefalitis equina del Este
- Cuba: Crisis sanitaria en Matanzas a causa de las arbovirosis
- Estados Unidos: Los casos de lepra casi se duplicaron en Florida en 2025

EL MUNDO

- Camboya: Nuevo caso humano de influenza aviar A(H5N1)
- China: Brote de norovirus en un colegio de la provincia de Shandong

- Europa: La región registra más de mil casos de fiebre chikungunya en lo que va del año
- Nepal: Mueren 31 personas por encefalitis japonesa, la cifra más alta de la última década
- Reino Unido: Aprobaron en Inglaterra y Gales una vacuna revolucionaria contra el VIH
- Rusia: Aumentan los casos de varicela en medio de la escasez de vacunas

OPINIÓN

- Palestina: 'Femigenocidio' en Gaza: una guerra también contra las mujeres

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.

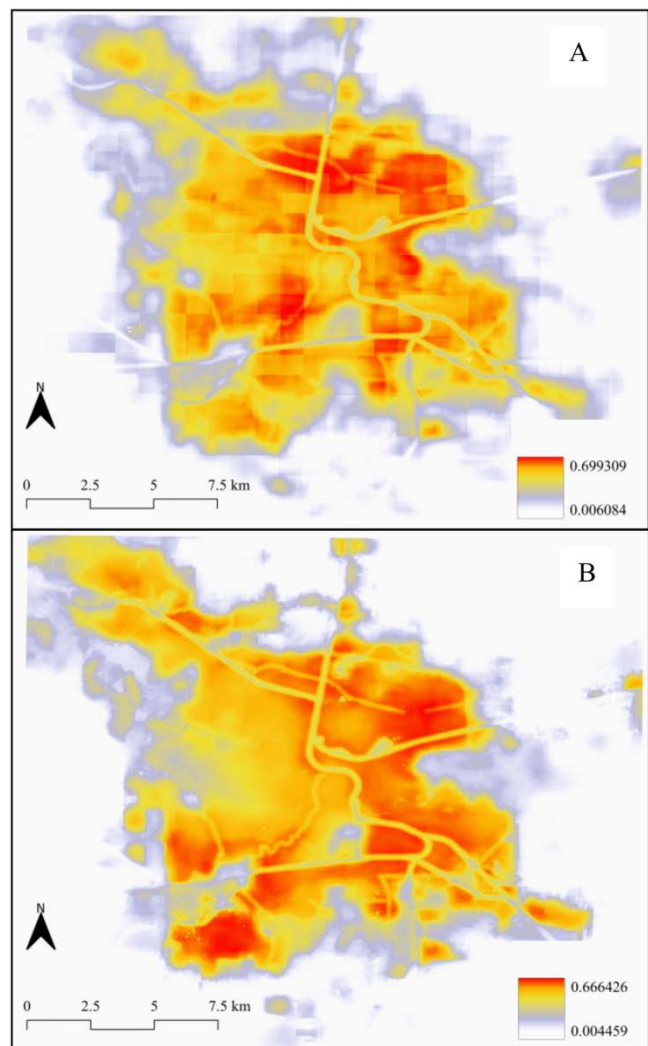
© Copyright 2020 - ISSN 2796-7050 - [recfot](http://recfot.com) - All Rights Reserved

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.

Un reciente [artículo](#) analiza la distribución espacial del mosquito *Aedes aegypti* en la ciudad de Córdoba, Argentina, y los factores que determinan la idoneidad de su hábitat. El trabajo se desarrolla en el contexto del aumento de casos de dengue y otras arbovirosis en regiones templadas de América del Sur, donde el cambio climático y la urbanización acelerada están modificando las condiciones ambientales que históricamente limitaban la presencia del vector.

El estudio parte de la premisa de que comprender la ecología urbana de *Aedes aegypti* resulta esencial para la prevención y el control de enfermedades transmitidas por mosquitos. Córdoba, una ciudad de clima templado, se ha convertido en un escenario ideal para examinar cómo la combinación de factores climáticos, demográficos y de uso del suelo influye en la expansión del vector. A través de modelos de distribución de especies, los investigadores estimaron la aptitud de hábitat del mosquito en distintos sectores de la ciudad durante los años 2015 y 2017, tomando en cuenta tanto variables ambientales como humanas.

Las variables incluidas en los modelos fueron la temperatura mínima y máxima, la precipitación promedio, el índice de vegetación, la proporción de áreas construidas y la densidad poblacional. Esta selección responde a la idea de que el mosquito depende de un equilibrio entre factores climáticos favorables, disponibilidad de refugios y presencia humana que provee tanto fuentes de sangre como criaderos domésticos. La metodología, basada en el modelo de máxima entropía, permitió generar mapas que identifican las zonas urbanas con mayor probabilidad de albergar poblaciones estables de *Aedes aegypti*, lo que constituye una herramienta valiosa para la vigilancia epidemiológica.



Mapas de idoneidad del hábitat para *Aedes aegypti*. Ciudad de Córdoba en marzo-abril de 2015 (A) y 2017 (B). Los valores en la escala de colores expresan el potencial de idoneidad.

Los resultados revelaron que la densidad de población humana fue una de las variables más influyentes, con una contribución cercana a 90% en 2015 y algo superior a 80% en 2017. Este hallazgo confirma que la concentración de habitantes se asocia con una mayor disponibilidad de criaderos artificiales y de fuentes de alimentación. La temperatura mínima también mostró un peso decisivo, especialmente en 2017, cuando explicó más de 90% de la variabilidad del modelo. Temperaturas mínimas más elevadas aumentan las posibilidades de supervivencia del mosquito durante el invierno y favorecen su actividad reproductiva durante todo el año.

Por otro lado, las variables relacionadas con la vegetación y las áreas construidas mostraron una relación no lineal con la aptitud del hábitat. Los niveles intermedios de cobertura vegetal y urbanización parecieron ser los más favorables, mientras que los valores extremos –demasiada vegetación o excesiva edificación– redujeron la probabilidad de presencia del vector. Este patrón sugiere que *Aedes aegypti* se adapta mejor a ambientes mixtos, donde conviven estructuras humanas con cierto grado de cobertura verde que modera las temperaturas locales y retiene humedad.

Si bien las variables demográficas y de uso del suelo fueron las de mayor peso estadístico, los autores subrayan que las variables meteorológicas también desempeñan un papel importante, especialmente cuando se analiza la distribución del mosquito a escala local. En este sentido, el aumento de las temperaturas mínimas en Córdoba, asociado al cambio climático, podría estar creando condiciones más favorables para la persistencia del vector en zonas donde antes no lograba establecerse durante todo el año.

El trabajo discute además las implicancias de estos hallazgos para la salud pública. En un contexto de expansión del dengue hacia regiones templadas, los modelos espaciales permiten anticipar qué sectores urbanos presentan mayor vulnerabilidad y orientar así los esfuerzos de vigilancia y control. Los autores proponen que la información generada mediante esta aproximación complementa los métodos tradicionales, basados en relevamientos entomológicos o datos clínicos, al ofrecer una perspectiva preventiva que puede guiar intervenciones focalizadas antes de que se produzcan brotes.

Asimismo, el estudio destaca que las condiciones que favorecen la presencia de *Aedes aegypti* no son exclusivas de Córdoba. Otras ciudades de tamaño medio y clima templado en América Latina podrían enfrentar procesos similares de expansión del vector si las temperaturas mínimas continúan en aumento y si la urbanización no se acompaña de una gestión adecuada de residuos y del agua. La metodología empleada, basada en modelos de máxima entropía y en variables ambientales de fácil obtención, puede replicarse en distintos entornos urbanos para apoyar políticas de salud pública y planificación territorial.

En sus conclusiones, los autores señalan que la idoneidad del hábitat de *Aedes aegypti* en Córdoba depende principalmente de la densidad humana, la proporción de áreas construidas, el índice de vegetación y la temperatura mínima. Resaltan que la relación entre urbanización y presencia del vector no es lineal, ya que los entornos intermedios, ni demasiado densos ni excesivamente verdes, ofrecen las condiciones más propicias. También subrayan la importancia de las temperaturas mínimas como factor limitante, puesto que su aumento puede transformar a las ciudades templadas en ambientes aptos para la reproducción y supervivencia del mosquito.

El artículo concluye que la integración de variables demográficas, urbanas y meteorológicas constituye una vía prometedora para comprender la ecología de *Aedes aegypti* en contextos urbanos. Además, enfatiza que el cambio climático y las transformaciones del entorno humano interactúan de manera compleja, generando escenarios donde la vigilancia entomoló-

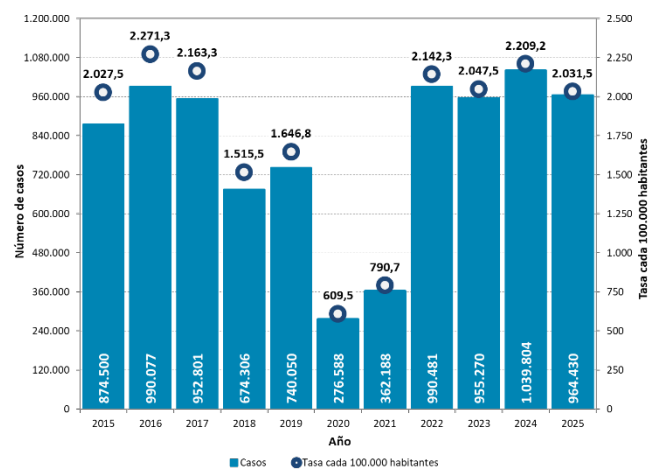
gica y las políticas de control deberán adaptarse a nuevas realidades. Los mapas de aptitud generados por el estudio ofrecen, en este sentido, una base sólida para la toma de decisiones y la prevención de futuras epidemias transmitidas por este vector.

En conjunto, la investigación aporta evidencia empírica y herramientas analíticas para reforzar la vigilancia del dengue en el centro de Argentina, destacando que la lucha contra las enfermedades vectoriales requiere no solo respuestas sanitarias, sino también una comprensión profunda de las dinámicas ambientales y urbanas que sostienen la expansión del mosquito.

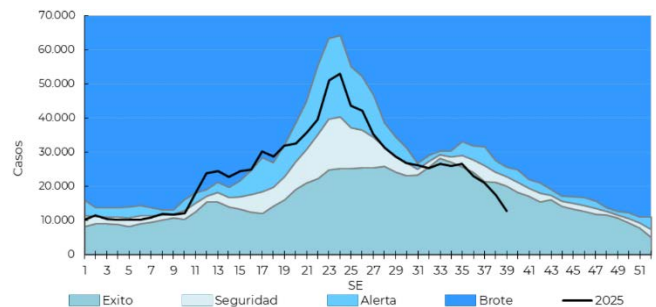
En 2025, hasta la semana epidemiológica (SE) 39, se notificaron en el componente de Vigilancia Clínica del Sistema Nacional de Vigilancia de la Salud (SNVS^{2.0}) 964.430 casos de enfermedad tipo influenza (ETI), con una tasa de incidencia acumulada de 2.031,5 casos cada 100.000 habitantes.

Para el mismo periodo de los años 2015/2025, los mayores números de notificaciones se registraron en 2024 (1.039.804 casos), 2022 (990.481 casos) y 2016 (990.077 casos), mientras que en 2020 (276.588 casos) y 2021 (362.188 casos) se reportó un nivel de casos inferior en comparación con los años previos. El número de casos de 2025 sólo es superado por los de los años 2016, 2022 y 2024.

Entre la SE 1 y la SE 10 de 2025, las notificaciones se mantuvieron dentro de los niveles de seguridad, con algunas oscilaciones. A partir de la SE 11 se observa un aumento progresivo de casos, alcanzando niveles de brote entre la SE 12 y la SE 18. Posteriormente, la tendencia ascendente se sostiene hasta la SE 24, ubicándose en niveles de alerta hasta la SE 26.



Casos y tasa de incidencia acumulada cada 100.000 habitantes. Argentina. Años 2015/2025, hasta semana epidemiológica 39. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.



Corredor endémico semanal. Argentina. Año 2025, hasta semana epidemiológica 39. En base a datos de los años 2017/2024, con exclusión de los años pandémicos 2020/2022. Fuente: Área de Vigilancia de la Salud, Dirección de Epidemiología, Ministerio de Salud de Argentina.

Vigilancia universal de virus respiratorios - Red de laboratorios

A partir de la SE 11 se observó un aumento en el número de casos de influenza, con predominio de Influenza A(H1N1), con un adelanto del ascenso estacional respecto de años anteriores. En las últimas SE se registra un descenso de las notificaciones.

En lo que va de 2025, se registraron casos de influenza todas las semanas. A partir de la SE 11 se observó un incremento sostenido en las detecciones, con predominio de influenza A sin subtipificar y del subtipo A(H1N1). El número máximo de notificaciones semanales se alcanzó

entre la SE 22 y la SE 26, seguido de una tendencia descendente. En las últimas dos SE (SE 38 y SE 39) se notificó un total de 57 detecciones de influenza.

Durante la temporada en curso, la circulación viral de influenza presentó un inicio adelantado en relación a lo observado en años históricos en el país. Los casos comenzaron su ascenso desde la SE 11, y la positividad se presentó en niveles elevados desde la SE 13. Las temporadas de mayor circulación del virus Influenza en el periodo 2016/2024 tuvieron un inicio posterior a lo observado en la temporada actual, excepto en el año 2022 en el que el comportamiento fue inusual tanto en el número de casos como en la estacionalidad.

En el análisis regional, se observa que los casos de influenza en la temporada actual comenzaron con un ascenso en la Región Noroeste Argentino (NOA) y en la Región Sur. En las SE posteriores, se evidenció una tendencia ascendente en las detecciones en el resto de las regiones del país. Actualmente, los casos se encuentran en descenso en todas las regiones.

Vigilancia en Unidades de Monitoreo Ambulatorio

Desde la SE 12 se verificó un ascenso tanto del porcentaje de positividad como de las detecciones, con predominio de influenza A(H1N1), alcanzando los mayores niveles entre la SE 22 y la SE 25. En las últimas SE se observó un descenso, tanto en el número de casos como en el porcentaje de positividad. En este sentido, en las últimas dos SE (SE 39 y SE 40) se registraron 4 casos de influenza entre 109 muestras estudiadas.

Vigilancia en Unidades Centinela de infecciones respiratorias agudas graves

En 2025, hasta la SE 40, se registró un total de 6.444 internaciones con diagnóstico de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y 3.079 internaciones con diagnóstico de IRAG extendida.

Las notificaciones de IRAG mostraron un aumento a partir de la SE 12, acompañado de un aumento en las detecciones de virus Influenza, principalmente el subtipo A(H1N1). El mayor número de casos de IRAG con diagnóstico de influenza se registró entre la SE 23 y la SE 27, seguido de una disminución en las SE posteriores, con predominio de influenza B en las últimas SE.

En las últimas cuatro SE, entre 713 casos de IRAG estudiados, se registró solo una detección de influenza.

Vigilancia universal a través de la red de laboratorios de virus respiratorios

Desde la SE 11 se observó un incremento en el número de casos de influenza, con predominio de Influenza A(H1N1), con un adelanto en el ascenso de casos en relación con lo observado en años anteriores. El mayor número de notificaciones se observó entre la SE 22 y la SE 26, con más de 1.000 detecciones semanales. En las últimas dos SE (SE 38 y SE 39) se registró un total de 57 detecciones de influenza.

Vigilancia en personas internadas y fallecidas

A partir de la SE 12, se registró un ascenso en el número de casos en personas internadas. El mayor número de casos se observó entre la SE 22 y la SE 26. En las últimas dos SE (SE 39 y SE 40) se detectaron cinco casos. En lo que va del año 2025 se registraron 209 fallecidos con diagnóstico de influenza.



REFUERZAN LA VIGILANCIA Y LA PREVENCIÓN ANTE EL BROTE DE FIEBRE AMARILLA EN LA REGIÓN

14/10/2025

Ante el aumento de casos de fiebre amarilla registrado en los países de la Región de las Américas, el Ministerio de Salud informó que Argentina mantiene una situación epidemiológica estable sin registro de casos humanos importados desde 2018 ni circulación autóctona desde 2009. De igual modo, la cartera sanitaria sostiene el trabajo junto a las provincias con riesgo de circulación viral y a otros organismos del Estado para reforzar la vigilancia, la prevención y la detección temprana de posibles casos.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) reportó un aumento de la actividad viral de fiebre amarilla durante 2025, con brotes registrados principalmente en Brasil y Colombia, y casos aislados en Bolivia. En Brasil se notificaron epizootias en los estados de Minas Gerais y São Paulo, mientras que en Bolivia se registró un caso humano en el departamento de Tarija, cercano a la frontera con Argentina.

Si bien Argentina no presenta epizootias confirmadas ni casos humanos, ante este escenario el país reforzó la vigilancia activa de primates y mosquitos en coordinación con los servicios provinciales y los laboratorios de la Red Nacional de Diagnóstico, que cuentan con capacidad para la detección molecular de fiebre amarilla y el seguimiento de eventos adversos asociados a la vacunación. En lo que va del año 2025, se han estudiado 142 casos sospechosos en humanos y cinco epizootias, cuyos resultados fueron negativos.

A su vez, el Ministerio de Salud de Argentina prevé enviar 44.600 nuevas dosis a las zonas con riesgo de circulación viral que incluyen a las provincias de Formosa, Misiones, Corrientes y departamentos específicos de Jujuy, Salta y Chaco. Este nuevo envío se suma a las 425.100 vacunas distribuidas por el Gobierno nacional durante 2025 y su objetivo es fortalecer la estrategia de inmunización que, en estas zonas, forma parte del Calendario Nacional de Vacunación y que contempla la aplicación de una dosis a los 18 meses y un refuerzo a los 11 años.

En las jurisdicciones en donde no existe riesgo de transmisión, la vacunación se recomienda únicamente a viajeros que se dirijan a zonas con circulación comprobada o que lo requieran por exigencias del país de destino. La vacuna ofrece protección de por vida y se debe aplicar al menos diez días antes del viaje. Actualmente, la cartera sanitaria nacional trabaja junto a la Secretaría de Turismo, Ambiente y Deportes de la Nación y a la Dirección Nacional de Migraciones para reforzar las recomendaciones a viajeros y asegurar que los ciudadanos cuenten con la orientación adecuada en caso de viajar a países con circulación del virus.

En agosto de este año, la cartera nacional tomó la decisión de garantizar la distribución de la vacuna sólo en los territorios de riesgo de circulación. Esta medida busca optimizar el uso de los recursos del Estado priorizando la protección de las poblaciones expuestas al ciclo selvático de transmisión. Con estas medidas, la cartera sanitaria reafirma su rol de rectoría y planificación, garantizando que los recursos y las vacunas lleguen donde realmente se necesitan.





Ante el brote de tos convulsa que afecta a la ciudad de Ushuaia, el Ministerio de Salud de Argentina acompaña a los equipos técnicos de la jurisdicción en el seguimiento de la estrategia de bloqueo, el monitoreo de la situación epidemiológica y la provisión de insumos para profilaxis. La estrategia nacional busca reforzar el trabajo de la provincia para facilitar la detección oportuna, limitar la propagación de la enfermedad y proteger a la población afectada.

Hasta el momento, se registraron 58 casos confirmados de 135 sospechosos y más de 700 contactos estrechos en la capital fueguina. El último caso notificado tiene fecha de inicio de síntomas el 3 de octubre y, por el momento, se lograron identificar tres cadenas de transmisión. La mayoría de los casos se concentra en adultos, seguidos por niños de 5 a 9 años y, en menor medida, en los grupos de 15 a 19 y de 2 a 4 años.

Como parte de la estrategia de respuesta rápida y focalizada, los equipos técnicos nacionales acompañan a las áreas de epidemiología, laboratorio y atención primaria de la provincia en el rastreo de contactos estrechos, la administración de profilaxis post-exposición y la asistencia directa a las personas con síntomas con el objetivo de limitar la propagación de la enfermedad en la comunidad. En este marco, se trabajó también en una nueva definición de caso y la cartera sanitaria nacional envió 500 tratamientos de azitromicina suspensión (200 mg/5 ml), destinados al abordaje terapéutico y preventivo de los casos y contactos estrechos.

Paralelamente, se intensificó la vacunación en los grupos priorizados. El Ministerio de Salud de Argentina distribuyó 300 dosis de vacuna séxtuple para implementar un esquema acelerado de inmunización en recién nacidos que permita que los bebés cuenten con las tres dosis iniciales a los tres meses y medio y se apliquen dos refuerzos a los 6 meses y a los 5 años. Para su puesta en práctica, los equipos de neonatología trabajan en la sensibilización de las familias durante los controles de salud y los equipos locales realizan seguimiento telefónico para promover la vacunación oportuna.

Teniendo en cuenta que las cadenas de transmisión se originaron en establecimientos educativos, se decidió reforzar la vacunación en los docentes de nivel inicial, indicando una dosis de refuerzo a quienes no la hayan recibido en los últimos 10 años. Con el mismo criterio, se ha comenzado a vacunar también al personal de salud con refuerzo a los 10 años o a los 5 años en los profesionales que atienden a menores de 12 meses. Esta estrategia continúa en curso y constituye uno de los componentes más consolidados de la estrategia.

El trabajo articulado entre los ministerios de salud de Argentina y de la provincia ha fortalecido la vigilancia epidemiológica, ampliando el alcance de las estrategias de bloqueo y garantizando la disponibilidad de insumos esenciales. La semana próxima, equipos técnicos de la cartera sanitaria nacional viajarán a la ciudad de Ushuaia para continuar con el acompañamiento de las acciones implementadas, sosteniendo la rectoría sanitaria y promoviendo acciones basadas en la evidencia para proteger la salud de toda la población.

La tos convulsa es una enfermedad respiratoria aguda prevenible por vacunación, que puede afectar a toda la población, pero que presenta mayores tasas de morbilidad y mortalidad en lactantes y niños pequeños. Si bien, los adolescentes y adultos jóvenes suelen presentar formas leves de la enfermedad, representan una fuente importante de transmisión hacia los menores. El esquema de vacunación comprende la aplicación de una dosis a los 2, 4 y 6 meses más un refuerzo a entre los 15 y 18 meses..

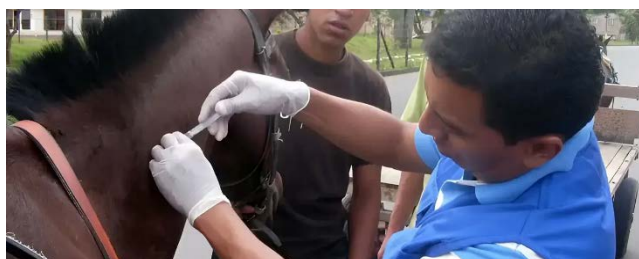
CONtexto ganadero

COLOMBIA

DETECTAN EN SUCRE LA
ENCEFALITIS EQUINA DEL ESTE

15/10/2025

En lo que se configura como una emergencia sanitaria para el sector ganadero, el Instituto Colombiano Agropecuario (ICA) confirmó dos casos en caballos de encefalitis equina del Este en el departamento de Sucre, uno en el corregimiento Hato Nuevo (Corozal) y otro en el municipio de Galeras.



La cepa, originaria de Estados Unidos y sin vacuna registrada en Colombia, representa una seria amenaza para la salud equina y un potencial riesgo zoonótico. Jairo de Jesús Hernández Gamarra, presidente de la Federación de Ganaderos de Sincé (Fegasincé Sabanas), advirtió sobre la urgencia de importar la vacuna y activar mecanismos de contención inmediata.

Este hallazgo en Sucre marca un giro preocupante en la vigilancia sanitaria del país. Aunque Colombia ya reconoce brotes de encefalitis equina venezolana, esta variante cuenta con vacuna y programas establecidos en las zonas de riesgo.

Por el contrario, para la encefalitis equina del Este no hay biológicos registrados en el país, de modo que los caballos afectados quedan sin protección formal alguna.

Hernández Gamarra confirmó que animales muertos en el municipio de Buenavista mostraban síntomas compatibles, mientras que en los municipios de San Marcos y La Unión también se reportaron casos sospechosos.

Según su relato, “sí hay casos de encefalitis equina del Este en el departamento de Sucre”. El problema se agrava por el hecho de que la vacuna debe ser importada, lo que introduce retrasos y costos adicionales a una respuesta que debe ser inmediata.

La distinción entre la encefalitis equina venezolana y la encefalitis equina del Este es fundamental para entender el riesgo sanitario. La primera tiene un programa nacional de prevención y control, incluidos mecanismos legales de vacunación obligatoria para équidos en zonas críticas. Además, en Colombia la cepa venezolana es bien conocida y usada como referente para campañas de inmunización.

La encefalitis equina del Este, en cambio, es considerada de mayor letalidad tanto en équidos como en humanos, y su ciclo viral involucra aves silvestres y mosquitos vectores que permiten su diseminación rápida si no se controla. Este virus, importado del hemisferio norte, no tiene vacunas autorizadas en el país, lo que obliga a recurrir a autorizaciones de importación y a maniobras regulatorias.

Alerta máxima

Mientras Sucre levanta una alerta preliminar, en Mompox (Bolívar) ya se reportan más de 20 casos confirmados de encefalitis equina del Este. En esa zona se han implementado medidas de restricción como cuarentenas, prohibición de movilización de équidos, cancelación de ferias, cabalgatas y demás actividades ecuestres.

Hernández Gamarra señaló que la estrategia debe replicarse cuanto antes en Sucre, específicamente para controlar el paso entre municipios, frenar eventos ecuestres y reforzar la vigilancia activa.

Para contener esta amenaza, Hernández Gamarra exigió que el Ministerio de Agricultura y el ICA agilicen los trámites de importación de la vacuna. “Cuando es un caso de emergencia, habrá procedimientos que aligerarán los mismos trámites”, declaró.

Además, es urgente activar la vigilancia entomológica, monitorear áreas húmedas y estancamientos que favorecen el mosquito vector, capacitar ganaderos para reconocer signos clínicos y establecer líneas de notificación inmediata al ICA.

Si no se actúa con prontitud, la encefalitis equina del Este podría extenderse hacia las sabanas, llanos y regiones agrícolas, generando pérdidas irreparables y poniendo en jaque la sanidad animal y humana del país. El tiempo para actuar es hoy.

La encefalitis equina del Este es una enfermedad causada por un virus perteneciente al género *Alphavirus* y a la familia *Togaviridae*. Se trata de una zoonosis que afecta principalmente a los equinos, pero que también puede transmitirse a los seres humanos a través de la picadura de mosquitos infectados. En el ciclo natural del virus intervienen aves silvestres como reservorios y mosquitos del género *Culiseta* y *Aedes* como vectores, mientras que los caballos y las personas actúan como huéspedes terminales, incapaces de mantener la transmisión viral.

En los equinos, la infección produce un cuadro neurológico grave caracterizado por fiebre alta, alteraciones del comportamiento, incoordinación, convulsiones y una elevada tasa de mortalidad que puede superar el 80%. Por ello, la encefalitis equina del Este representa una amenaza constante para la sanidad animal, con repercusiones económicas significativas en las zonas rurales, especialmente por la pérdida de animales y las restricciones en el movimiento de equinos durante los brotes.

En los seres humanos, la enfermedad puede presentarse de forma asintomática o causar una infección leve, aunque en algunos casos progresa hacia una encefalitis severa con alta letalidad, sobre todo en niños y adultos mayores. Los síntomas iniciales incluyen fiebre, cefalea intensa, rigidez de cuello y vómitos, que pueden evolucionar a desorientación, convulsiones y coma. No existe tratamiento antiviral específico, por lo que la atención se basa en el soporte clínico y la prevención mediante el control vectorial.

En Colombia, la encefalitis equina del Este es una enfermedad de notificación obligatoria y constituye un componente relevante de la vigilancia epidemiológica integrada entre salud animal y humana. Aunque su incidencia en humanos es baja, el país mantiene un riesgo constante debido a sus condiciones ecológicas favorables para la circulación de arbovirus y la presencia de vectores competentes en regiones tropicales y de humedales. Las campañas de vacunación equina, la vigilancia entomológica y la educación sanitaria en zonas rurales son pilares fundamentales para reducir el impacto de esta enfermedad, que sigue representando un ejemplo claro de la interconexión entre la salud animal, humana y ambiental bajo el enfoque Una Salud.

Residentes de en la provincia de Matanzas, Cuba, denuncian en redes sociales que sus comunidades atraviesan una grave situación sanitaria a raíz de un brote de fiebre chikungunya, en medio de carencias alimentarias y falta de medicamentos.

Mientras tanto, autoridades sanitarias de Matanzas informaron que “el virus Chikungunya tiene hoy prevalencia sobre el dengue en la provincia” y aseguraron que no se han registrado muertes por estas enfermedades. La viceministra de Salud Pública, Carilda Peña García, reconoció limitaciones en recursos, fumigación y pesquisas, aunque insistió en que los casos graves se deben a comorbilidades.



Fumigación en Matanzas.

Las autoridades de Matanzas implementaron un plan de contingencia que incluye el refuerzo de la fumigación, control vectorial y acciones intensivas de saneamiento ambiental. Sin embargo, las limitaciones en recursos y la falta de medicamentos han obstaculizado estos esfuerzos, según denuncias de ciudadanos y activistas. Además, se ha movilizado personal médico de otras provincias para intentar mitigar la falta de atención adecuada en los hospitales locales.

Medios locales informaron que el Hospital Pediátrico Provincial ‘Eliseo Noel Caamaño’, en Matanzas, fue reforzado con un centro anexo habilitado en la Universidad de Ciencias Médicas, y que se han movilizado 2.500 estudiantes para realizar pesquisas y eliminar criaderos del mosquito *Aedes aegypti* en los municipios del territorio.

El resto de los hospitales territoriales mantienen condiciones para la atención médica, según las autoridades, aunque el personal sanitario y los familiares de pacientes denunciaron falta de medicamentos, reactivos y condiciones básicas en varios centros asistenciales.

Las autoridades insisten en que la situación está bajo control, pero los testimonios de vecinos, intelectuales y periodistas locales, y el despliegue extraordinario de recursos humanos en la provincia, apuntan a una realidad mucho más compleja. Mientras continúa la propagación de las arbovirosis en Matanzas, miles de personas enfrentan la enfermedad sin garantías mínimas de alimentación, medicamentos ni información clara sobre el alcance del brote.

Los prolongados apagones y las condiciones insalubres, que facilitan la propagación del mosquito *Aedes aegypti*, se suman a esta falta de información clara y a la percepción de que las autoridades minimizan la gravedad de la situación, lo que genera una creciente desconfianza y frustración entre la población.

Apuesta al invierno para contener el brote

Las autoridades locales confían en que esta grave crisis sanitaria que atraviesa la provincia de Matanzas por la expansión del dengue y la fiebre chikungunya, mejorará con la llegada del invierno, que “limita naturalmente” la proliferación del mosquito transmisor.

Durante una reunión encabezada por el primer secretario del Partido Comunista en Matanzas, Mario Sabines Lorenzo, el gobierno provincial analizó la sostenibilidad del enfrentamiento a las arbovirosis e insistió en “perfeccionar el sistema de trabajo” para lograr una reducción de los contagios.

Desde el oficialismo se confirmó que la transmisión del dengue sigue siendo elevada en todas las áreas del municipio cabecera, con focos críticos en los consejos populares de Versalles, La Playa y Matanzas Oeste, donde se desplegaron acciones intensivas de fumigación durante el fin de semana.



El doctor Andrés Lamas Acevedo, director provincial de Higiene, Epidemiología y Microbiología, declaró que la provincia recibió un refuerzo de 28 bazucas fumigadoras y espera otras 30 adicionales, concentrando los recursos en Matanzas y Cárdenas, las zonas más densamente pobladas y afectadas.

“La estrategia de fumigación es donde haya dengue circulando, porque es la enfermedad trazadora, la que mata a las personas”, explicó el especialista, al confirmar que en la provincia circulan simultáneamente los serotipos DENV-3 y DENV-4, lo que podría agravar el panorama epidemiológico.

Lamas Acevedo sostuvo que la situación podría comenzar a mejorar a fines de octubre, cuando las temperaturas más bajas reduzcan la reproducción del mosquito *Aedes aegypti*.

Por su parte, Sabines señaló que los principales objetivos del enfrentamiento son “eliminar los riesgos para la proliferación del mosquito y mantener el tratamiento adulticida”, e insistió en la necesidad de lograr “mayores niveles de convocatoria popular” para sostener las acciones de saneamiento en medio de la crisis económica.

Como parte de la estrategia, las autoridades decidieron reforzar la pesquisa activa con estudiantes de medicina, y movilizar a las organizaciones de masas, centros laborales y sindicatos para apoyar las labores de fumigación y limpieza de microvertederos, un esquema de trabajo que repite las mismas recetas aplicadas durante los últimos brotes epidémicos sin resultados sostenibles.

El encuentro concluyó con el reconocimiento de que la provincia cuenta con una “estrategia clara” y los recursos necesarios, aunque los datos oficiales contradicen esa afirmación: la persistencia de focos, la circulación simultánea de dos serotipos y el incremento de pacientes febriles revelan una situación fuera de control.

La crisis sanitaria en Matanzas refleja la fragilidad estructural del sistema de salud cubano, golpeado por el éxodo de médicos, la falta de insumos y la precariedad hospitalaria.

En barrios como Versalles o La Playa, los vecinos reportan calles infestadas de mosquitos, acumulación de basura y aguas estancadas, mientras el régimen continúa negando la magnitud real de la epidemia.

La gravedad del momento quedó evidenciada también por la muerte de una joven cardenense por dengue hemorrágico, un caso que conmocionó a la comunidad médica y reavivó las críticas al manejo sanitario del gobierno. A pesar de los síntomas graves, la joven no recibió tratamiento adecuado a tiempo, en un contexto de colapso hospitalario y escasez de medicamentos esenciales.

Días antes, las propias autoridades sanitarias reconocieron la alta circulación viral del dengue en varios municipios, incluyendo Matanzas, Cárdenas y Jagüey Grande.

Reconocen oficialmente muertes por dengue

El Ministerio de Salud Pública reconoció oficialmente el 15 de octubre la muerte de tres personas a causa del dengue en lo que va de 2025.

La cifra –muy baja– representa el primer reconocimiento oficial de muertes por arbovirosis de este año, luego de semanas de silencio institucional y desmentidos públicos frente a reportes ciudadanos que alertaban sobre un aumento de casos graves, especialmente en Matanzas.

Los tres fallecimientos por dengue fueron respaldados –según la viceministra de Salud Pública, Dra. Carilda Peña García– mediante estudios necrológicos y diagnóstico clínico previo. No se brindaron detalles sobre las edades, provincias o condiciones clínicas de los fallecidos, lo que mantiene una opacidad preocupante en torno al manejo de la crisis.

El anuncio de las tres muertes se produce tras semanas de contradicciones en la narrativa oficial.

El 8 de octubre, el director de Epidemiología a nivel nacional, Dr. Francisco Durán García, negó rotundamente que se hubieran producido fallecimientos por arbovirosis, y desestimó como falsos los reportes que mencionaban “11 muertos en una noche” en Matanzas.

Un día después, el ministro de Salud Pública, José Ángel Portal Miranda, dijo que “no hay muertos en Matanzas por esta enfermedad. Ni hay casos graves ni críticos”; y aseguró que “nadie puede esconder una epidemia ni los muertos”.

La revelación hoy de tres fallecimientos –aunque no se han vinculado directamente a Matanzas– deja en entredicho la transparencia de las autoridades y refuerza la percepción de una política informativa basada en el control narrativo, más que en la verdad sanitaria.



El número de casos de lepra aumentó en Florida 94% hasta el 11 de octubre de este año, según datos del Departamento de Salud del estado.

Del 1 de enero al 11 de octubre, se han reportado 31 casos confirmados de lepra en Florida. Esto representa un aumento con respecto a los 16 casos registrados durante el mismo período en 2024. En todo el año 2024, Florida registró 20 casos de lepra.

Diecisiete de los 67 condados de Florida han reportado al menos un caso. El condado de Volusia es el que más casos ha reportado, con ocho, seguido del condado de Brevard, con seis.

Del total de casos, 23 contrajeron la enfermedad en Florida, un caso la contrajo en un estado diferente, tres casos fuera del país y en cuatro casos se desconoce dónde lo hicieron.

La lepra es una infección crónica causada por la bacteria *Mycobacterium leprae*. Sus síntomas más comunes incluyen manchas rojas y/o engrosadas en la piel, disminución de la sensibilidad, entumecimiento o debilidad en las manos o los pies y heridas que no cicatrizan, ampollas y grietas en la piel de las manos o los pies. Si no se trata, puede provocar deformidades en la piel.

Generalmente, la infección se propaga de persona a persona a través de gotitas respiratorias compartidas durante el contacto cercano y prolongado. Toser o estornudar, por ejemplo, puede liberar gotitas respiratorias, que pueden ser inhaladas por las personas cercanas.

Algunos casos de lepra se han [relacionado con el contacto con animales](#), como el armadillo de nueve bandas (*Dasypus novemcinctus*) y la ardilla roja euroasiática (*Sciurus vulgaris*).

Sin embargo, en aproximadamente un tercio de los casos no se puede identificar ningún factor de riesgo claro.

Para la mayoría de los estadounidenses, la lepra no es un problema de salud importante. En los últimos años, se han diagnosticado [alrededor de 180 casos al año](#). Si bien esto representa un aumento con respecto a los menos de 100 casos registrados en 1999 y 2000, la enfermedad sigue siendo poco frecuente en Estados Unidos.

La lepra, o enfermedad de Hansen, es una enfermedad infecciosa crónica causada por el bacilo acidorresistente *Mycobacterium leprae*. La lepra afecta principalmente la piel y el sistema nervioso periférico, y el curso de la enfermedad depende en gran medida de la susceptibilidad individual a *M. leprae*. La lepra ha sido históricamente poco común en Estados Unidos; la incidencia alcanzó su punto máximo alrededor de 1983, y se produjo una reducción drástica en el número anual de casos documentados desde la década de 1980 hasta el año 2000. Sin embargo, desde entonces, los informes demuestran un aumento gradual en la incidencia de lepra en Estados Unidos. El número de casos notificados se ha más que duplicado en los estados del sureste durante la última década. Según el Programa Nacional de la Enfermedad de Hansen, se notificaron 159 casos nuevos en Estados Unidos en 2020; Florida estuvo entre los principales estados notificadores.

Florida Central, en particular, representó 81% de los casos notificados en Florida y casi una quinta parte de los casos notificados a nivel nacional. Mientras que la lepra en Estados Unidos afectaba anteriormente a personas que habían inmigrado de áreas endémicas de lepra, aproximadamente 34% de los nuevos pacientes durante 2015-2020 parecieron haber adquirido la enfermedad localmente. Varios casos en Florida Central no muestran evidencia clara de exposición zoonótica o factores de riesgo tradicionalmente conocidos.

La transmisión de la lepra no se ha dilucidado por completo. El contacto prolongado de persona a persona a través de gotitas respiratorias es la ruta de transmisión más ampliamente reconocida. Un alto porcentaje de casos de lepra no relacionados en el sur de Estados Unidos portaban la misma cepa única de *M. leprae* que los armadillos de nueve bandas (*Dasypus novemcinctus*) en la región, lo que sugiere una alta probabilidad de transmisión zoonótica. Estudios realizados durante 1945-2019 respaldan un papel cada vez mayor de la transmisión antroponótica y zoonótica de la lepra. Sin embargo, se ha demostrado que muchos casos notificados en el este de Estados Unidos, incluidos Georgia y el centro de Florida, carecían de exposición zoonótica o residencia reciente fuera de Estados Unidos.

Existe cierto respaldo a la teoría de que la migración internacional de personas con lepra es una fuente potencial de transmisión autóctona. Informes de España vincularon un aumento de la migración desde otros países con un aumento de la lepra autóctona. El número de migrantes internacionales en América del Norte aumentó de 27,6 millones de personas en 1990 a 58,7 millones en 2020, por lo que un vínculo con la migración puede explicar el aumento de la incidencia de la lepra en áreas históricamente no endémicas. Además, los informes de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades muestran que, aunque la incidencia de la lepra ha ido en aumento, las tasas de nuevos diagnósticos en personas nacidas fuera de Estados Unidos han ido disminuyendo desde 2002. Esta información sugiere que la lepra se ha convertido en un proceso patológico endémico en Florida, lo que justifica más investigaciones sobre otros métodos de transmisión autóctona.

La lepra es una afección de declaración obligatoria en el estado de Florida y se monitorea principalmente mediante vigilancia pasiva. Según el Departamento de Salud de Florida, los profesionales deben informar los casos de lepra en Florida el siguiente día hábil. El rastreo de contactos es fundamental para identificar las fuentes y reducir la transmisión. La ausencia de factores de riesgo tradicionales en muchos casos recientes de lepra en Florida, junto con la alta proporción de residentes que pasan mucho tiempo al aire libre, respalda la investigación de los reservorios ambientales como una posible fuente de transmisión.

Existe una creciente literatura que sugiere que Florida Central es una zona endémica de lepra. Viajar a esta zona, incluso en ausencia de otros factores de riesgo, debería motivar la consideración de la lepra en el contexto clínico adecuado. Al incrementar los esfuerzos de los médicos locales para reportar la incidencia y apoyar la investigación adicional para evaluar las vías de transmisión, se puede realizar un esfuerzo congruente para identificar y reducir la propagación de la enfermedad.



CAMBOYA

NUEVO CASO HUMANO DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1)

16/10/2025

El Ministerio de Salud de Camboya informó a la población sobre un nuevo caso de influenza aviar en una niña de 3 años. El Instituto Nacional de Salud Pública y el Instituto 'Dr. Louis Pasteur' de Camboya confirmaron el 15 de octubre el virus de la influenza aviar A(H5N1).

La paciente reside en la aldea de Chek, comuna de Svay Chachep, distrito de Parset, provincia de Kampong Speu. Presentó fiebre, diarrea, tos y dolor abdominal.

Actualmente, recibe tratamiento médico intensivo por parte de un equipo médico.

Las investigaciones revelaron que gallinas y patos de la casa de la paciente y de una casa vecina habían estado enfermos y murieron durante aproximadamente una semana antes de que la niña enfermara.



El Equipo de Respuesta a Emergencias del Ministerio de Salud ha estado colaborando con el Departamento Provincial de Agricultura y las autoridades locales de todos los niveles para investigar activamente el brote de influenza aviar y responder según los métodos y protocolos técnicos, encontrar las fuentes de infección tanto en animales como en humanos, y buscar casos sospechosos y contactos para prevenir una mayor transmisión en la comunidad. Además, distribuyó oseltamivir a los contactos cercanos y realiza campañas de educación sanitaria para los residentes de las aldeas afectadas.

El Ministerio de Salud recordó a la población siempre estar atenta a la influenza aviar, ya que el virus A(H5N1) sigue amenazando la salud de los ciudadanos. También informó que si alguien presenta fiebre, tos, esputo o dificultad para respirar, y tiene antecedentes de contacto con pollos enfermos o muertos en los 14 días previos al inicio de los síntomas, evite asistir a reuniones o aglomeraciones y busque atención médica en el centro de salud u hospital más cercano de inmediato para evitar demoras que lo expongan a un alto riesgo de muerte.

La influenza aviar A(H5N1) generalmente se transmite de aves enfermas a otras aves, pero a veces puede transmitirse de aves a personas a través del contacto cercano con aves enfermas o muertas. La influenza aviar en humanos es una enfermedad grave que requiere tratamiento hospitalario inmediato. Aunque no se transmite fácilmente de persona a persona, si muta, puede ser contagiosa, al igual que la influenza estacional.

En lo que va de 2025, Camboya registra 16 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), en las provincias de Kampong Cham, Kampong Speu, Kampot, Kratie, Prey Veng, Siem Reap, Svay Rieng, Takeo y Tbong Khmum.

Más de 100 estudiantes del colegio vocacional de Binzhou, en la provincia de Shandong, en el este de China, fueron diagnosticados con norovirus después de sufrir vómitos y diarrea, según un comunicado oficial publicado por las autoridades locales el 17 de octubre.

El incidente comenzó el 14 de octubre, cuando los estudiantes del colegio comenzaron a reportar síntomas de náuseas, vómitos y diarrea. El establecimiento organizó de inmediato el tratamiento médico y notificó a las autoridades locales de control de enfermedades, quienes inmediatamente realizaron investigaciones epidemiológicas in situ y recogieron muestras para análisis.

Los resultados de laboratorio confirmaron la presencia del norovirus en muestras de heces y frotis anales de los estudiantes afectados. Hasta el 17 de octubre, se había registrado un total de 413 consultas médicas, con 17 estudiantes hospitalizados. Todos los casos reportados se clasificaron como leves, informaron las autoridades.

Tras el brote, el gobierno de la ciudad de Binzhou estableció un grupo de trabajo conjunto compuesto por funcionarios de los departamentos de educación, salud y supervisión del mercado, así como representantes del distrito de Bincheng. Expertos de los niveles provincial y municipal fueron enviados al lugar para guiar el tratamiento y rastrear el origen de la infección.

Actualmente, en el colegio vocacional de Binzhou se están implementando de manera ordenada medidas preventivas, que incluyen un mayor monitoreo de la salud, la desinfección específica de áreas clave y la educación en salud pública.

Las autoridades han instado a los estudiantes y al personal a mantener buenas prácticas de higiene e informar rápidamente cualquier síntoma nuevo para evitar una mayor propagación del virus.

Las enfermedades transmitidas por mosquitos afectan cada año a unos 700 millones de personas en todo el mundo; sin embargo, este año parece que se ha hablado de ellas con mayor intensidad. Europa vive un año inédito en la historia reciente de las enfermedades transmitidas por mosquitos. Según el último informe del Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (ECDC), Francia e Italia han confirmado más de 1.050 casos autóctonos de fiebre chikungunya desde comienzos de año (700 en Francia y 353 en Italia), un dato que consolida la expansión del virus en la región mediterránea.



Los expertos alertan de que la infección por el virus Chikungunya, tradicionalmente limitada a zonas tropicales y subtropicales, podría convertirse en parte de una “nueva normalidad” sanitaria en Europa, como la ha descrito el Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones de la Asociación Española de Pediatría (CAV-AEP).

De acuerdo con el informe del ECDC, el mayor foco francés se encuentra en Antibes, en la Costa Azul, mientras que el brote más amplio en Italia afecta a varias localidades de Emilia-Romagna y Modena, entre ellas Carpi, Nonantola, Cavezzo y Cesenatico. En total, el ECDC registra 74 conglomerados de casos en Francia (48 aún activos) y cinco en Italia (tres activos). “Estamos ante una transmisión sostenida en áreas donde el mosquito vector, *Aedes albopictus*, está bien establecido”, indicó el organismo europeo.

Expansión global

La situación europea se enmarca dentro de un contexto internacional que preocupa. La Organización Mundial de la Salud (OMS) estimó que, en lo que va de 2025, se registraron cerca de medio millón de casos y más de 150 muertes por fiebre chikungunya en 40 países, con una concentración especialmente alta en el continente americano. Solo en [Sudamérica](#) (principalmente en Brasil, Bolivia y Paraguay) se notificaron más de 200.000 infecciones y 110 fallecimientos en los primeros siete meses del año.

La infección por este virus causa fiebre alta y dolor articular intenso, aunque la mitad de los pacientes sintomáticos pueden desarrollar dolor persistente y discapacidad a largo plazo, un impacto que va más allá de lo clínico y repercute en los sistemas sanitarios y la productividad laboral.

Además, a diferencia del dengue, con el que comparte vectores y síntomas, la fiebre chikungunya no cuenta con un tratamiento antiviral específico. El manejo clínico se basa en el alivio sintomático del dolor y la fiebre, y aunque su tasa de letalidad es baja (alrededor de 0,1%), las secuelas pueden tener un importante impacto durante meses o años.

Europa, terreno propicio para los mosquitos *Aedes*

El cambio climático, el aumento de los viajes internacionales y la urbanización no planificada son factores que han ampliado el rango geográfico del *Aedes albopictus* o mosquito tigre, presente ya en 16 países europeos.

En España, este vector se ha consolidado en casi toda la franja mediterránea, Andalucía y Baleares, con presencia también en algunas zonas interiores como Aragón, Euskadi, Madrid y Extremadura.

Hasta ahora, España no ha registrado transmisión autóctona de fiebre chikungunya, pero sí 54 casos importados en 2024, según datos del Instituto de Salud Carlos III (ISCIII). “Existe riesgo de transmisión local en áreas donde el mosquito está establecido, especialmente durante los meses cálidos”, [advirtió el Centro Nacional de Epidemiología](#), del ISCIII.

El ECDC insiste en que la expansión del mosquito y el aumento de las temperaturas “podrían favorecer temporadas de transmisión más largas e intensas” de enfermedades como la fiebre chikungunya y la fiebre del Nilo Occidental, que este año también ha experimentado un repunte de casos humanos en el sur de Europa.

Vacunas disponibles, pero con incertidumbres

Por primera vez en la historia, existen dos vacunas autorizadas contra el virus Chikungunya: Ixchiq®, una vacuna de virus atenuado, y Vimkunya™, basada en una plataforma recombinante. Ambas han sido aprobadas por la Agencia Europea del Medicamento (EMA) para personas de 12 años o más con alto riesgo de exposición, pero aún no cuentan con la precalificación de la OMS, requisito clave para su adopción en programas internacionales.

Sin embargo, la Administración de Alimentos y Medicamentos de Estados Unidos suspendió en agosto de 2025 la autorización de Ixchiq®, alegando posibles eventos adversos graves notificados tras su aplicación. Mientras tanto, la compañía a la que pertenece, Valneva Austria GmbH, presentó nuevos datos de seguridad e inmunogenicidad en población infantil y de persistencia de anticuerpos hasta cuatro años después de la vacunación en adultos.

Pese a estos avances, los expertos muestran cautela. “El virus Chikungunya se comporta de forma impredecible: puede causar un gran brote y luego desaparecer durante una década. Eso complica las decisiones sobre vacunación masiva”, señaló recientemente Annelies Wilder-Smith, de la Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Según la investigadora, “tal vez la vacuna deba reservarse para un uso reactivo, en brotes, más que para campañas poblacionales”.

El reto de la vigilancia y el control vectorial

La OMS, el ECDC y los ministerios de salud nacionales coinciden en las prioridades: reforzar la vigilancia epidemiológica, confirmar los casos por laboratorio y controlar las poblaciones de mosquitos. No obstante, la financiación para la vigilancia de arbovirus y el control vectorial disminuyó en los últimos años, especialmente tras la epidemia de fiebre zika, lo que dejó a muchos países con capacidades limitadas para detectar brotes incipientes.

“La fiebre chikungunya no será la última enfermedad en expandirse hacia el norte”, advierten los expertos del ECDC. “Nos enfrentamos a una nueva realidad impulsada por el clima, la movilidad y la globalización”. En este escenario, Europa, que hasta hace poco estaba ajena a los grandes brotes de arbovirosis, podría estar entrando en una era en la que los mosquitos ya no sean solo una molestia estival, sino una alerta sanitaria.

Un total de 31 personas han muerto a causa de la encefalitis japonesa en Nepal en lo que va del año, la cifra de muertes más alta en la última década, informó el Dr. Abhiyan Gautam, jefe de la Sección de Salud Infantil e Inmunización del Departamento de Servicios de Salud.

En comparación, en 2024 se registraron 25 muertes, siete en 2023 y una en 2017, mientras que no se registraron muertes entre 2018 y 2022.

“Esta es la mayor cantidad de muertes por encefalitis japonesa en diez años. La mayoría de las víctimas tenían más de 40 años y no estaban vacunadas”, declaró Gautam.

Según el departamento, este año se han confirmado 164 casos de infección, en comparación con los 86 del año pasado. Gautam señaló que, en algunas personas vacunadas hace años, la eficacia de la vacuna podría haber disminuido, lo que ha provocado una infección grave y la muerte.

La encefalitis japonesa se ha extendido a 110 municipios de 42 distritos, 28 de ellos clasificados como de alto riesgo. La enfermedad es más frecuente durante los meses de monzón y posmonzón, de julio a noviembre.

Los datos indican que las provincias que han registrado muertes son Lumbini (11 muertes), Bagmati (5), Gandaki (5), Koshi (4), Madhes (3), Sudurpaschim (2) y Karnali (1).

Gautam afirmó que las autoridades están estudiando las posibles razones del aumento de la tasa de infección. “Estamos investigando si el aumento está relacionado con una mayor actividad de mosquitos o con la presencia de cerdos y patos, que son portadores conocidos del virus”, añadió.

Actualmente, alrededor de 82% de los niños nepaleses han recibido la vacuna contra la encefalitis japonesa. Nepal introdujo la vacuna en su programa nacional de inmunización en 1998 para niños menores de un año y se administra regularmente a los menores de cinco años.

La encefalitis japonesa se detectó por primera vez en Nepal en 1978 en el distrito de Rupan-dehi, mientras que la enfermedad se informó por primera vez en Japón en 1861. Según Gautam, las infecciones comenzaron a aumentar significativamente en Nepal después de la década de 1990, lo que llevó al gobierno a ampliar su programa de vacunación a nivel nacional.

La encefalitis japonesa es una enfermedad viral transmitida por mosquitos, causada por un flavivirus perteneciente al mismo grupo que el virus del dengue y el de la fiebre amarilla. Su principal vector es *Culex tritaeniorhynchus*, que se reproduce en áreas rurales y zonas de arrozales. El ciclo de transmisión involucra a aves acuáticas y cerdos como reservorios y amplificadores del virus, mientras que los seres humanos son huéspedes incidentales, incapaces de mantener la propagación.

Clínicamente, la mayoría de las infecciones son asintomáticas o leves, pero una proporción pequeña evoluciona hacia una encefalitis grave caracterizada por fiebre alta, rigidez de cuello, convulsiones, alteraciones de la conciencia y, en muchos casos, secuelas neurológicas permanentes o la muerte.

La enfermedad es endémica en gran parte de Asia y constituye una causa importante de encefalitis viral en esa región. La vacunación representa la principal medida preventiva, junto con el control vectorial y la protección personal contra las picaduras de mosquitos. Gracias a los programas de inmunización masiva implementados en países como Corea del Sur, Japón y China, la incidencia ha disminuido de manera notable. En Nepal, sin embargo, la enfermedad sigue siendo un problema de salud pública estacional, especialmente en las zonas agrícolas del Terai, donde las condiciones ecológicas favorecen la transmisión.

Por primera vez se ofrecerá a los pacientes del Sistema Nacional de Salud (NHS) en Inglaterra y Gales una inyección para prevenir el VIH, alineando la política con Escocia.

La inyección de acción prolongada, que se administra seis veces al año o cada dos meses, es una alternativa a la toma diaria de pastillas para protegerse contra el virus.

Los expertos esperan que las inyecciones de cabotegravir ayuden a acabar con los nuevos casos de VIH para 2030 en el Reino Unido.

Mientras tanto, los primeros resultados de una inyección diferente llamada lenacapavir sugieren que incluso podría ser posible pasar a que las personas reciban [una inyección anual de prevención del VIH](#).

Wesley Paul William Streeting, Secretario de Estado de Salud y Asistencia Social, afirmó: “La aprobación de esta inyección revolucionaria refleja a la perfección lo que este gobierno está decidido a ofrecer: tratamientos de vanguardia que salven vidas y no dejen a nadie atrás.

“Para las personas vulnerables que no pueden utilizar otros métodos de prevención del VIH, esto representa esperanza”.

La terapia de prevención del VIH, conocida como profilaxis previa a la exposición (PrEP), es tomada por personas VIH negativas para reducir el riesgo de contraer el VIH.

Las pastillas están disponibles desde hace años y siguen siendo extremadamente eficaces para detener las infecciones por el VIH, pero no siempre son fáciles de tomar para algunas personas.

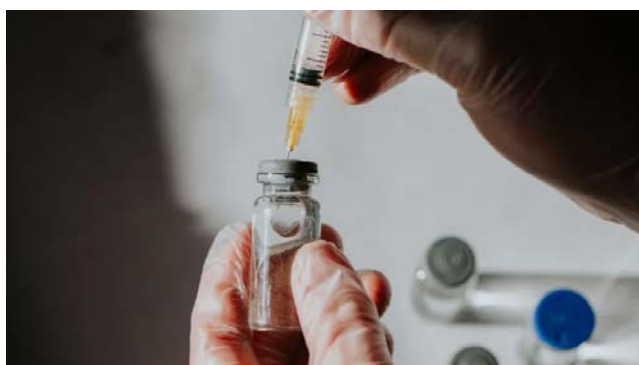
Puede ser difícil de acceder, poco práctico o incómodo. Por ejemplo, a algunas personas les preocupa que sus padres o compañeros de piso encuentren sus pastillas.

La falta de vivienda y la violencia doméstica pueden dificultar la toma de PrEP oral todos los días. Una inyección que dura meses ofrece comodidad y discreción.

El cabotegravir, fabricado por ViiV Healthcare, debe usarse en combinación con prácticas sexuales más seguras, como el uso de condones.

El NHS tiene un descuento no revelado del fabricante para el tratamiento que tiene un precio de lista de alrededor de £ 7.000 por paciente por año.

Se considerará la vacuna para adultos y adolescentes con un peso saludable que presenten un alto riesgo de contraer el VIH por vía sexual y sean elegibles para la PrEP, pero para quienes tomar comprimidos orales resultaría difícil. Se estima que se ofrecerá a unas mil personas. Muchas otras continuarán tomando comprimidos o comenzarán a tomarlos.



Dom Baldwin, que usa pastillas PrEP, dijo estar “entusiasmado” con la disponibilidad de las inyecciones. “Creo que el hecho de que todavía se esté trabajando tanto en el tratamiento y la prevención del VIH es fantástico.

“Si comparamos la situación actual con la epidemia de la década de 1980 y la cantidad de personas que perdimos por falta de educación, por estigma, por falta de recursos y de acceso a la situación actual, el VIH ya no es una sentencia de muerte”.

Las personas podrán recibir las inyecciones en las clínicas de salud sexual operadas por el NHS “en los próximos meses”, dijo el [Instituto Nacional para la Excelencia en la Salud y la Atención \(NICE\)](#), que aprobó el tratamiento para su uso en el NHS.

Las organizaciones benéficas dicen que algunas personas enfrentan largos tiempos de espera para obtener citas en las clínicas y que la implementación debe realizarse rápidamente.

Richard Angell, del Terrence Higgins Trust, dijo que era hora de explorar la posibilidad de ofrecer la “terapia transformadora” en otros entornos, no solo en las clínicas de salud sexual.

“Es muy eficaz y aceptable para los pacientes, y una herramienta vital para abordar las desigualdades, con el potencial de llegar a quienes actualmente no tienen acceso a otras medidas de prevención del VIH”.

Las [cifras oficiales](#) de Inglaterra muestran que el número de personas que toman PrEP en servicios de salud sexual está aumentando. El año pasado, 146.098 personas VIH negativas que accedieron a servicios de salud sexual necesitaban PrEP porque corrían un riesgo sustancial de contraer el VIH.

De ellos, 111.123 (76%) comenzaron o continuaron con la PrEP, un aumento de 7,7% respecto de 2023.

Sin embargo, la necesidad de PrEP no se está identificando ni satisfaciendo de manera equitativa. El acceso al tratamiento varía significativamente según el grupo, siendo la aceptación más alta entre los hombres que tienen sexo con hombres blancos (79,4%) y los pertenecientes a minorías étnicas (77,8%) pero mucho menor entre heterosexuales africanos negros mujeres (34,6%) y hombres (36,4%).

Al mismo tiempo, las pruebas de VIH se han extendido a los servicios de urgencias de los hospitales de Inglaterra. Actualmente, 89 realizan pruebas de forma rutinaria a cualquier persona a quien se le extraiga sangre, especialmente en ciudades y pueblos con alta prevalencia del VIH.

Desde principios de 2025, casi todas las regiones de Rusia han reportado un fuerte aumento en los casos de varicela, según informó el Servicio Federal para la Protección de los Derechos del Consumidor y el Bienestar Humano (Rospotrebnadzor). La peor situación se observa en el Distrito Autónomo de Yamalo-Nenets, donde de enero a septiembre el número de infecciones aumentó 67% en comparación con el mismo período del año pasado. En Bashkortostán, la incidencia se ha más que duplicado año tras año, alcanzando los 16.500 casos. En la región de Voronezh, la cifra también se duplicó, mientras que en la República de Altái más de 1.400 personas contrajeron la enfermedad en los primeros siete meses de 2025, casi tantas como en todo el año 2024 (1.600 casos). Según el Rospotrebnadzor, los adultos representan 5,2% de todos los casos de varicela este año, mientras que 94,8% afecta a niños, aproximadamente la misma proporción que el año pasado.



El aumento de infecciones se produce en medio de una grave escasez de vacunas contra la varicela. “Rusia no cuenta con una vacuna de producción nacional para la enfermedad, y la única disponible –Varilrix® de la compañía británica GlaxoSmithKline– sigue siendo escasa”, informó Nikolay Bepalov, director de Desarrollo de RNC Pharma. Según la compañía analítica, Rusia recibió casi 400.000 dosis de esta vacuna entre enero y agosto de 2025, en comparación con las 281.300 dosis de todo el año anterior. Sin embargo, a pesar del aumento de la oferta, la escasez persiste. “La demanda es varias veces mayor que la oferta. Solo los más persistentes logran vacunarse”, dijo Antonina Oblasova, directora y cofundadora de la ONG Inmunidad Colectiva.

Bepalov sugirió que la escasez regional de Varilrix® podría estar relacionada con problemas logísticos o una mala planificación de las adquisiciones. “La vacuna contra la varicela no está incluida en el Calendario Nacional de Vacunación, pero sí figura en el calendario de vacunación preventiva por indicaciones epidemiológicas”, explicó. Al estar excluida del calendario nacional, las regiones deben adquirir la vacuna con sus propios fondos, y no todos los gobiernos locales destinan suficientes recursos para ello.

Al mismo tiempo, las llamadas “fiestas de la varicela” son cada vez más populares en toda Rusia. Los padres buscan deliberadamente a niños infectados para que los suyos se contagien. Sin embargo, los expertos consideran esta práctica una tradición peligrosa. Según el especialista en enfermedades infecciosas Vladimir Neronov, es imposible predecir cómo reaccionará una persona a la infección. Además, los niños infectados pueden transmitir el virus a grupos vulnerables, como mujeres embarazadas, recién nacidos, ancianos y pacientes con cáncer. Neronov añadió que en los últimos años se han reportado casos de varicela grave en adultos, algunos con desenlace mortal.

Grave escasez de vacunas

Rusia está enfrentando una masiva escasez de vacunas para sus ciudadanos. El problema no solo afecta a la vacuna contra la varicela, sino que también es difícil encontrar vacunas contra enfermedades más complejas.

En algunas regiones, la vacuna contra la varicela no está disponible en instituciones médicas públicas ni privadas. La situación es actualmente difícil en las regiones de Sverdlovsk, Voronezh, Kirov, Samara y Cheliábinsk, así como en Tartaristán. Los padres se ven obligados a buscar oportunidades de vacunación en otras regiones, pero esto no siempre es posible.

Ni siquiera los recién nacidos reciben la vacuna necesaria contra cinco enfermedades peligrosas: difteria, tétanos, tos convulsa, poliomielitis e infección contra *Haemophilus influenzae* tipo b. Por ejemplo, las clínicas infantiles del territorio de Altái experimentan una grave escasez de vacunas Pentaxim® y Prevenar 13®. Las mujeres rusas que acaban de dar a luz denuncian la escasez de vacunas y se ven obligadas a recurrir a clínicas privadas, pagando más de 60 dólares por una sola vacuna. El mismo problema se reporta en las regiones de Vladímir, Bélgorod, Omsk, Samara, Kursk y Tiumén.

Ha sido, es genocidio. El 16 de septiembre de 2025 el Consejo de Derechos Humanos de Naciones Unidas [calificó así](#) las actuaciones de las fuerzas de seguridad de Israel en Gaza. De igual manera, la Declaración, [aprobada el 4 de agosto](#), condenaba [rotundamente](#) los atentados [cometidos por el grupo Hamás hace dos años](#).



Una joven gazatí sostiene su bebé en un refugio.

El término “femigenocidio” aparecía este año en el informe de la Organización de Naciones Unidas sobre la violencia a gran escala contra las mujeres palestinas. ¿Qué hacer? El marco normativo está definido desde 1949 con la [Convención de Ginebra](#): la protección de civiles es una obligación. Incluso en los conflictos armados se debe reconocer el “[derecho a tener derechos](#)”, como lo llamó la filósofa alemana Hannah Arendt.

Genocidio engloba todos los actos cometidos con el propósito de destruir un grupo de forma total o parcial. En 2023, [Sudáfrica denunció a Israel](#) por genocidio ante el Tribunal Penal Internacional, solicitando medidas de protección para el pueblo palestino.

En Israel, y en 2025, [el informe “Nuestro Genocidio”, de B’Tselem](#) –Centro por los Derechos Humanos en los Territorios Ocupados– denuncia la limpieza étnica y el genocidio en Gaza. Physicians for Human Rights Israel (PHRI) [documentó](#) también el impacto de los ataques en la salud, la vida de la población en la zona ocupada.

Datos sobre el número de fallecimientos, destrucción de infraestructuras sanitarias y las condiciones de quienes aún sobreviven en Gaza [son actualizados cada mes por la Organización Mundial de la Salud](#). Más de 1.700.000 niños necesitan urgentemente asistencia, [aseguró el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia](#). En la franja de Gaza y con la hambruna, entre la población más vulnerable están los menores y las mujeres, según la [Clasificación Integrada de Fases de la Seguridad Alimentaria \(IPC\)](#).

¹ María Teresa López de la Vieja es Catedrática Emérita Honorífica de Filosofía, Universidad de Salamanca.

28.000 mujeres fallecidas

Desde octubre de 2023, han muerto 28.000 mujeres. Pueden ser muchas más, con las víctimas no contabilizadas tras los bombardeos sufridos en los territorios ocupados de forma ilegal por Israel.

Hacer visible la situación de las mujeres y el impacto directo de la ocupación de Israel sobre la salud sexual y reproductiva es clave para entender lo ocurrido en Gaza. Además de la carencia de alimentos y agua potable, sin medidas de higiene accesibles y con apartheid sanitario, se tiene que hablar abiertamente de mujeres y genocidio o femigenocidio en Gaza. Lo ha hecho la relatora especial de la Organización de Naciones Unidas para la violencia contra las mujeres y las niñas, Reem Alsalem.

Violencia masiva y exterminio

“Femigenocidio” es violencia masiva e impersonal contra las mujeres en procesos de exterminio de un pueblo, en la definición de Rita Laura Segato, profesora de Antropología y Bioética en la Cátedra UNESCO de la Universidad de Brasilia (Brasil). El feminicidio, asesinato de mujeres, tiene lugar en otro ámbito, las relaciones de género.

Como en anteriores intentos de acabar con la población de un país, la violencia a gran escala contra las mujeres –violaciones incluidas– ha sido utilizada en Gaza como arma de guerra. En el Estatuto de Roma, la violencia sexual en los conflictos armados es considerada un crimen contra la humanidad.

Ellas son fundamentales en los procesos de paz

En conclusión, la violencia sistemática tiene especiales formas y consecuencias para ellas, la mitad de la población. Así ha ocurrido en Gaza en durante la ocupación y los ataques por parte de Israel. Conviene recordar, entonces, que la participación de las mujeres es clave para llevar adelante los procesos para una paz sostenible.

Lo viene defendiendo la Organización de Naciones Unidas desde hace años, tanto para documentar los ataques que ellas padecen en los conflictos armados como para subrayar su papel activo –positivo– en las complejas negociaciones y procesos de paz. Esto vale también para las iniciativas sobre el futuro de las zonas bajo control de Israel o del comité internacional, al que se refiere el plan de Donald John Trump. Nada de eso aparece, sin embargo, en las declaraciones del presidente de Estados Unidos sobre el acuerdo de alto el fuego y el plan de paz.

¿Qué hacer ahora? Es evidente la brutalidad en los ataques del grupo Hamás. Por lo mismo, por el rechazo a la violencia contra los civiles o no combatientes, se debe tener en cuenta la magnitud de los daños provocados en Gaza y Cisjordania por Israel y, ante todo, los derechos de toda la población. También el “derecho a tener derechos” de las mujeres en las zonas ocupadas. De lo contrario, el plan defendido por el presidente Trump –junto al jefe de gobierno de Israel, Benjamín Netanyahu– no será un plan de paz. Será algo distinto.

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

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

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