



DIRECCIÓN NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kouri". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba
e-mail: ciipk@ipk.sld.cu

[ISSN- 2490626](#)

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice:

Culex quinquefasciatus say, 1823) vector secundario del virus Oropouche: actualización de su presencia y distribución en la Habana, Cuba.....	209
Vacuna contra el virus del papiloma humano.....	212
La vacunación infantil muestra avances en Las Américas, pero más de 1,4 millones de niños no recibieron vacunas de rutina en 2024.....	214
Tablas:.....	216

CULEX QUINQUEFASCIATUS SAY, 1823) VECTOR SECUNDARIO DEL VIRUS OROPOUCHE: ACTUALIZACIÓN DE SU PRESENCIA Y DISTRIBUCIÓN EN LA HABANA, CUBA

Autores: Maricely Rodríguez Milián¹, Magaly Pérez Castillo¹, Iris Peraza Cuesta¹, Karelis Chamizo¹, Imandra de la Caridad Gallego Beckford¹, Yanet Martínez Pérez² María del Carmen Marquetti Fernández²

¹ Centro Provincial de Higiene Epidemiología y Microbiología de La Habana, Cuba.

² Departamento de Control de Vectores, Instituto Medicina Tropical "Pedro Kourí", la Habana,

Desde la implementación de la llamada campaña de erradicación de *Aedes aegypti* en Cuba en el año 1981, para el enfrentamiento a la epidemia de dengue severo registrado en el país, la identificación de las especies de mosquitos a nivel de cada municipio forma parte del programa de vigilancia y control de *Aedes aegypti* (L) y *Aedes albopictus* nombre actual de dicha campaña representando un factor de gran valor en el momento de la aparición de cualquier evento epidemiológico que pudiera involucrar estos insectos. Estudios sobre reportes de la riqueza de especies de culícidos de La Habana se

han venido realizando a partir de los datos obtenidos por este programa (1-3). En estos estudios se demostró que solo seis especies se encuentran distribuidas en todos los municipios: *Aedes aegypti*, *Gymnometopa mediovitata*, *Aedes albopictus*, *Culex quinquefasciatus*, *Culex nigripalpus*, y *Anopheles albimanus*.

Culex quinquefasciatus es un mosquito que se caracteriza por ser oportunista; ya que presenta una extraordinaria capacidad adaptativa e invasora con relación a los más diversos y posibles hábitats que el hombre le brinda para realizar su puesta.

Sus principales sitios de cría son aguas residuales, fosas sépticas, lagunas de oxidación, depósitos artificiales desechables, tanques de almacenamiento de agua entre otros (4,5). En las dos décadas finales del siglo XX pasado se realizaron los últimos estudios sobre la biología y ecología de este mosquito en Cuba (hábitos de reposo, actividad de picada, fuentes de ingesta, influencia de factores ambientales sobre la población larval de la especie entre otros (6-8). Además de estudios sobre determinación de fuentes de ingestas en este mosquito, donde se demostró su grado de antropofilia (9).

Es importante destacar, que a este mosquito se le atribuye tolerancia fisiológica a diferentes tipos de insecticidas y que en Cuba se han realizado varios estudios de susceptibilidad y/o resistencia a insecticidas y sus mecanismos, así como, de eficacia (10-13). En cuanto su papel en la transmisión de enfermedades es el principal vector de la filariasis humana (*Wuchereria bancrofti*); vector de varias encefalitis y es considerado un vector secundario del virus Oropouche (14-16).

La fiebre de Oropouche, es una enfermedad zoonótica emergente causada por el virus Oropouche (VORO). El virus fue identificado por primera vez en 1955 en Trinidad y Tobago, en un paciente febril proveniente de la Vega de Oropouche (17). Hasta la fecha se han registrado casos y/o brotes en países de América del Sur y Central (17,18). Durante el 2024 se registran por primera vez casos del VORO en Cuba (19), manteniéndose su presencia en menor grado hasta los momentos actuales 2025. Ante esta situación nos propusimos actualizar datos sobre la presencia y distribución de *Culex quinquefasciatus* en los municipios de La Habana ante la carencia de datos sobre la especie. El muestreo en los 15 municipios de la provincia se realizó siguiendo la metodología del Programa anti vectorial establecido en Cuba (20) durante julio-diciembre, 2024. Las muestras fueron clasificadas en el laboratorio de entomología del centro Provincial de Higiene y Epidemiología y Microbiología de la Habana utilizando claves morfológicas (21). Se encontró que el número de

muestras de *Culex quinquefasciatus* entre julio y diciembre se mantuvieron con valores que oscilaron entre 5 161 y 7 286 lo que evidencia su presencia en el ecosistema urbano, con un total en toda la provincia de 41 392 y de estas 38 014 (91, 8%) correspondieron a muestras larvales. Su presencia es evidente en toda la provincia, con mayor presencia en cuatro municipios (San Miguel del Padrón, Boyeros, La Lisa y Marianao) Figura. Estos resultados actualizan y ratifican la presencia y distribución de *Culex quinquefasciatus* en La Habana aspecto a tener en cuenta ante la aparición de cualquier evento epidemiológico que se presente donde esta especie pueda estar involucrada.

Referencias Bibliográficas

1. González R, Marro E. *Aedes albopictus* in Cuba. J Am Mosq Control Assoc 1999; 15: 569-70.
2. Valdés V, Reyes M, Marquetti MC, González R. Riqueza de especies de mosquitos, distribución y sitios de cría en el municipio Boyeros. Rev Cubana Med Trop 2013; 65: 131-136.
3. Peraza Cuesta I, Pérez Castillo M, Mendizábal Alcalá ME, Valdés V, Leyva Silva M, Marquetti Fernández MC. Riqueza y distribución de especies de culícidos en la provincia La Habana, Cuba. Rev Cubana Med Trop 2015; 67:2.
4. García I. Fauna cubana de mosquitos y sus criaderos típicos. La Habana 1977.
5. Marquetti MC. Aspectos bioecológicos de importancia para el control de *Aedesaegypti* y otros culícidos en el ecosistema urbano. Ciudad de la Habana, Cuba. Tesis por optar el título de Doctor en Ciencias de la Salud. Instituto Pedro Kourí, 2006.
6. Marquetti MC, A. BJ, Navarro A. Sitios de reposo de *Culex quinquefasciatus* Say, 1823 (Diptera: Culicidae). Rev Cubana Med Trop 1986;38(1):38-48.
7. Marquetti MC, Bisset JA, Navarro A. Actividad de picada de *Culex quinquefasciatus* Say, 1823 (Diptera: Culicidae). Rev Cubana Med Trop 1986;38(2):171-8.

8. Marquetti MC, Bisset JA, Navarro A. Influencia de varios factores abióticos sobre la población larval de *Culex quinquefasciatus* Say, 1823. Rev Cubana Med Trop 1986; 38(3): 281-8

9. Castex M, Suárez E, Marquetti MC. Fuentes alimentarias de mosquitos en Niña Bonita, Cuba. Rev Cubana Cienc Vet. 2000;26(1):42-5

10. Bisset JA, Díaz C, Rodríguez M, Marquetti MC. Modo de herencia de la resistencia a malation en *Culex quinquefasciatus* (Diptera:Culicidae). Rev Cub Med Trop. 1990;42(1):84-9

11. Bisset JA, Rodriguez MM, Diaz C, Ortiz E, Marquetti MC, Hemingway J. The mechanisms of organophosphate and carbamate resistance in *Culex quinquefasciatus* (Diptera: Culicidae) from Cuba. Bulletin of Entomological Research. 1990;80(3):245 - 50.

12. Bisset JA, Rodríguez MM, Hemingway J, Díaz C, Small GJ, Ortiz E. Malation and pyrethroid resistance in *Culex quinquefasciatus* from Cuba: efficacy of pirimifos-methyl in the presence of at least three resistance mechanisms. Med Vet Entomol. 1991;5:223-8.

13. Montada D, Castex M, Leyva M, Fuster CA. Persistence and efficacy of Sumilarv 0.5 G (Pyriproxifen) an insect growth regulator in laboratory and field conditions for *Aedes aegypti* and *Culex quinquefasciatus* control in Cuba. J Pesticides and Biofertilizers. 2019.

14. Scorza JV. Observaciones bionómicas sobre *Culex pipiens fatigans* Wied, 1821 de Venezuela. Universidad de los Andes, Mérida. 1972:230

15. Ali I, Alarcón-Elbal PM, Mundle M, Noble SA, Oura CA, Anzinger JJ, Sandiford SL. The Others: A Systematic Review of the Lesser-Known Arboviruses of the Insular Caribbean. Viruses 2023, 15, 843. <https://doi.org/10.3390/v15040843>

16. Martínez Y, Campanioni A, Martínez Lopez Y, Camacho E, Marquetti MC. Vectores de Oropouche ¿están presentes en Cuba? Bol IPK, 2024; 13 Pag 161.

17. Santos-Pereira R, Facci-Colangelo J, Assis-Souza PG, Ferreira de Carvalho LG, da Cruz-Nizer WS, Lima WG. Epidemiological aspects of the Oropouche virus (Orthobunyavirus) in South America: A systematic review. Rev Colomb Cienc Quim Farm. 2022;51(1):166-84

18. OPS. Alerta epidemiológica de Oropouche en la Región de las Américas. 9 de mayo del 2024

19. Benítez AJ, Alvarez M, Perez L, Gravier R, Serrano S, Hernandez, DM, Pérez MM, Gutiérrez Bugallo G, Martínez Y, Companioni A, Peña, C, de Armas JR, Couto D, Betancourt I, Rivera Sanchez M, Resik S, Kouri, V, Guzmán MG. Oropouche Fever, Cuba, May 2024. Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 30, No. 10, October 2024.

20. MINSAP. Manual de Normas y Procedimientos en Vigilancia y Lucha Antivectorial. La Habana, 2012.

21. González R. Culícidos de Cuba. Editorial Científico Técnica. 2006. ISBN 959-05-0413-2.184pp

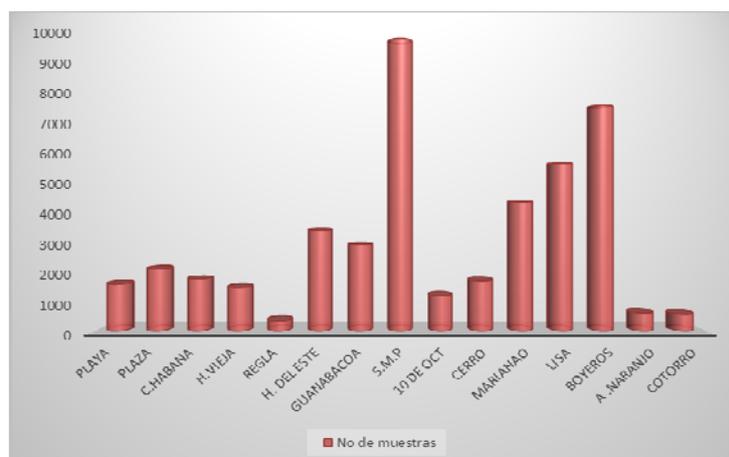


Figura. Total, de muestras colectadas de *Culex quinquefasciatus* en cada municipio de La Habana, Julio-Diciembre, 2024.

VACUNA CONTRA EL VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Tomado de: <https://www.paho.org/es/vacuna-contra-virus-papiloma-humano-vph>

El virus del papiloma humano (VPH) es el nombre con el que se conoce a un grupo de más de 200 virus relacionados.

¿Qué tipos de VPH existen y qué causan?

Hay dos grupos de VPH de transmisión sexual: de bajo y alto riesgo.

Los VPH que causan cáncer o que probablemente causan cáncer, se denominan de alto riesgo, y son el VPH16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58 y 59.

El cáncer de cuello uterino es el tipo más común de cáncer causado por VPH. Los VPH16 y

Impacto del VPH

El cáncer es la segunda causa de muerte entre las personas adultas de la región de las Américas. En las mujeres, el cáncer cervicouterino es la principal causa de muerte por cáncer en seis países y la segunda en otros 14. Cada año se diagnostican 72.719 nuevos casos de cáncer de cuello uterino y 36.797 mujeres de la Región mueren a causa de esta enfermedad; una proporción significativa (52%) de las muertes se produce durante los años económicamente productivos de la mujer, antes de los 60 años.

La mayor prevalencia de infecciones por VPH en el cuello uterino ha sido identificada entre las mujeres del África subsahariana (24%), seguida de América Latina y el Caribe (16%), Europa oriental (14%) y el sudeste asiático (14%). La prevalencia en los varones es muy variable según las tendencias sexuales.

Estrategia 90-70-90

En el 2020, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó la Estrategia para acelerar la eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública, con la meta de que todos los países alcancen una tasa de incidencia de cáncer cervicouterino menor de 4 casos por 100 000

- La vacuna contra VPH no puede tratar o curar la infección existente por el VPH. De todas maneras, las niñas que ya son sexualmente activas deben recibir la vacuna si están dentro del grupo de edad recomendado.

- Existen pruebas que pueden detectar lesiones precancerosas en el cuello uterino. Estas lesiones deben ser tratadas antes de que se conviertan en cáncer de cuello uterino.

VPH18 son responsables del 70% de los casos de cáncer de cuello de útero en todo el mundo, y si se consideran también los VPH31, 33, 45, 52 y 58, estos siete tipos son responsables del 90% de los casos de cáncer de cuello de útero.

Los VPH de bajo riesgo incluyen el VPH6 y el VPH11, que causan el 90% de las verrugas anogenitales.

Las mujeres pueden ser infectadas por más de un tipo de VPH al mismo tiempo. La infección persistente por los VPH puede evolucionar a lesiones precancerosas y cáncer cervical.

mujeres. La Estrategia establece tres objetivos para el 2030:

90% de cobertura de la vacunación contra el VPH en niñas a los 15 años;

70% de cobertura de tamizaje (el 70% de las mujeres se someten a pruebas de alto rendimiento a las edades de 35 y 45 años);

90% de tratamiento de lesiones precancerosas y del cáncer invasivo.

La vacunación contra el VPH y la prevención del cáncer cervicouterino: Mensajes clave

- El cáncer cervicouterino es una de las principales causas de muerte de las mujeres, y es causado por el virus del papiloma humano (VPH). La mayoría de las personas se infectarán con el VPH durante su vida.

- Existen vacunas seguras y eficaces que protegen a las personas de los tipos de VPH de alto riesgo (causan cáncer).

- La vacuna contra el VPH es más eficaz si se administra entre los 9 y 14 años de edad, de preferencia antes del inicio de la vida sexual.

- Las citas de seguimiento son necesarias para asegurar que se administren todas las dosis requeridas de la vacuna VPH, en países con esquemas de más de una dosis.

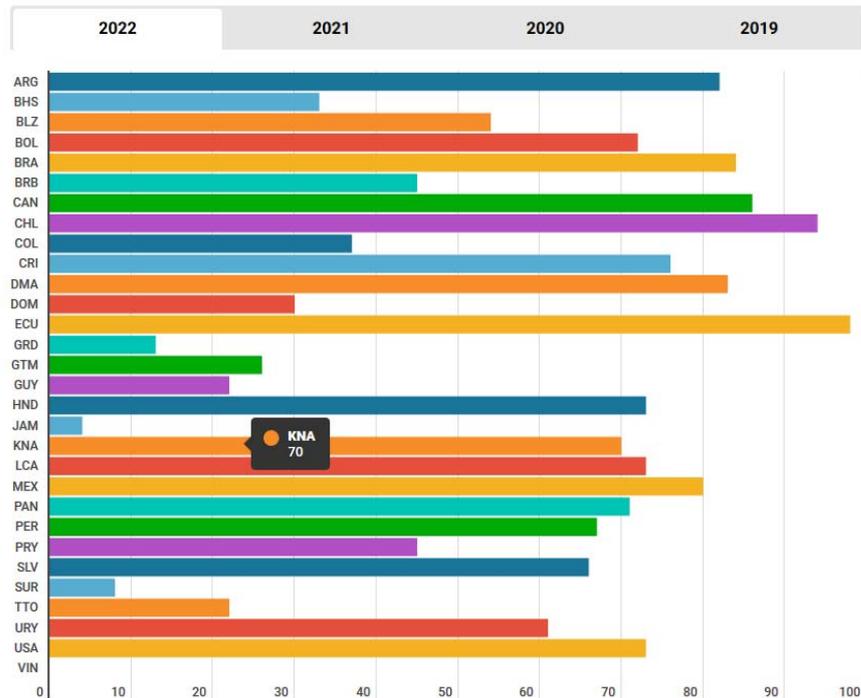
- Todas las mujeres deben realizarse pruebas de detección (tamizaje) mediante una prueba de alta precisión como mínimo una vez a los 35 años y una vez más a los 45 años.



Fuente: Informes de los países a través del formulario electrónico conjunto OPS-OMS/UNICEF (eJRF), 2022 e informes de los países.

Cobertura con la primera dosis de la vacuna contra el VPH, Región de las Américas, 2019-2022

Cobertura con la primera dosis de la vacuna contra el VPH, Región de las Américas, 2019-2022



Fuente: Organización Mundial de la Salud. Human papillomavirus (HPV) vaccination coverage. Ginebra: OMS; 2023. Disponible en: <https://immunizationdata.who.int/pages/coverage/hpv.html?CODE=amr>

LA VACUNACIÓN INFANTIL MUESTRA AVANCES EN LAS AMÉRICAS, PERO MÁS DE 1,4 MILLONES DE NIÑOS NO RECIBIERON VACUNAS DE RUTINA EN 2024

Tomado de: <https://share.google/RprUNBfmZqZ19AhiZ>

La OPS insta a los países a redoblar esfuerzos para alcanzar a los niños no vacunados y cerrar las brechas en el acceso a la inmunización

Washington, D.C., 15 de julio de 2025 (OPS) —

La vacunación infantil en las Américas ha mostrado señales alentadoras de recuperación en 2024, pero persisten brechas importantes. Según nuevos datos publicados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y UNICEF, más de 1,4 millones de niños en la región no recibieron ni una sola dosis de la vacuna contra la difteria, el tétanos y la tos ferina (DTP), lo que marca un aumento de los llamados “niños cero dosis”.

Estos hallazgos forman parte de las Estimaciones OMS/UNICEF de la Cobertura Nacional de Inmunización (WUENIC, por sus siglas en inglés), que muestran que, si bien la cobertura mundial de vacunación infantil se ha estabilizado, casi 20 millones de niños en todo el mundo no recibieron al menos una dosis de DTP, incluidos 14,3 millones que no recibieron ninguna vacuna. En las Américas, la cifra de niños cero dosis aumentó en 186.000 con respecto al año anterior, alcanzando un total de 1.465.000.

“Las Américas han mostrado un compromiso firme con la protección de su población infantil, pero las brechas en la cobertura nos recuerdan que debemos hacer más”, señaló el doctor Jarbas Barbosa, Director de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), oficina regional de la OMS para las Américas. “La vacunación sigue siendo una de las herramientas más efectivas para prevenir enfermedades y salvar vidas. No podemos permitir que ningún niño quede sin protección”, añadió.

Avances en la región: mejoras en cobertura contra sarampión, paperas, rubéola y hepatitis B

La cobertura de vacunación mejoró en varios antígenos clave:

- **Triple viral (sarampión, paperas, rubéola – MMR):** la cobertura con la primera dosis subió del 86% al 88%, y la segunda dosis del 75% al 77%.

- **Vacuna neumocócica conjugada (PCV3):** aumentó del 76% al 79%.

- **Hepatitis B al nacer:** pasó del 64% al 68%, un avance importante hacia la eliminación de esta enfermedad.

En cuanto a la vacuna contra el virus del papiloma humano (VPH), las Américas lideran a nivel mundial, con un 76% de cobertura en niñas menores de 15 años que han recibido al menos una dosis. Sin embargo, todavía falta avanzar para alcanzar el objetivo mínimo del 90%.

Desafíos persistentes en la cobertura de DTP y tasas de deserción

Pese a estos avances, la cobertura de la primera dosis de DTP (DTP1) en las Américas disminuyó ligeramente del 90% en 2023 al 89% en 2024, revirtiendo una tendencia positiva y contribuyendo al aumento de niños cero dosis. La cobertura con la tercera dosis (DTP3) se mantuvo en 86%, pero 9 de los 35 países y territorios reportaron niveles inferiores al 80%, lo que aumenta el riesgo de brotes. Además, tres países registraron tasas de deserción superiores al 10% entre la primera y la tercera dosis.

Estas brechas reflejan barreras persistentes en el acceso equitativo y la continuidad de la vacunación, especialmente en comunidades marginadas o de difícil acceso.

Fortalecer los sistemas de inmunización en la región

La OPS trabaja estrechamente con los países para fortalecer sus programas nacionales de inmunización mediante las evaluaciones de madurez del Programa Ampliado de Inmunización (PAI), que ya se realizaron en 12 países en los últimos dos años y medio, y actualmente están en marcha en Honduras, República Dominicana y Bolivia.

La Organización también brinda apoyo a los países para recuperar a los niños que no fueron vacunados durante la pandemia de COVID-19, con aumentos esperados de cobertura de entre 1 y 4% en esos grupos.

La OPS recomienda a los países priorizar acciones como:

- Identificar y alcanzar a los niños cero dosis con estrategias adaptadas a nivel local
- Fortalecer los sistemas de seguimiento para reducir las tasas de deserción
- Garantizar la disponibilidad y el acceso a las vacunas
- Capacitar al personal de salud y trabajar con las comunidades para combatir la desinformación
- Integrar la vacunación en una atención primaria de salud sólida para evitar oportunidades perdidas

“Los Estados Miembros deben seguir comprometidos con el fortalecimiento de sus estrategias de vacunación mediante esfuerzos conjuntos,” enfatizó el doctor Barbosa. “Así, la región podrá recuperar su liderazgo histórico en inmunización y proteger la salud de las generaciones presentes y futuras.”

Contexto mundial y llamado a la acción

Los hallazgos en las Américas reflejan las tendencias globales descritas en el informe de la OMS y UNICEF. Si bien el 85% de los niños en el mundo completaron la serie completa de DTP3 en 2024, el progreso se ha estancado y los logros siguen siendo frágiles ante los conflictos, la desinformación y la presión sobre los sistemas de salud. Los datos mundiales también refuerzan la necesidad de actuar con urgencia,

especialmente en las regiones donde están aumentando los niños cero dosis. La OMS y UNICEF han hecho un llamado para:

- Aumentar la inversión nacional en vacunación
- Cerrar la brecha de financiamiento para el próximo ciclo estratégico de Gavi (2026–2030)
- Llegar a los niños que viven en contextos frágiles o afectados por conflictos
- Combatir la desinformación y fortalecer los sistemas de información

Notas para editores

La OMS y UNICEF trabajan junto con Gavi, la Alianza para las Vacunas, y otros socios para implementar la Agenda de Inmunización 2030 (IA2030), una estrategia global para lograr que todas las personas, en cualquier lugar y a cualquier edad, puedan acceder a vacunas y prevenir enfermedades.

Sobre los datos

Las Estimaciones OMS/UNICEF de la Cobertura Nacional de Inmunización (WUENIC) se basan en datos reportados por los países y constituyen el conjunto más amplio y completo del mundo sobre tendencias de vacunación para 14 enfermedades incluidas en los programas de salud regulares. En 2024, se recibieron datos de 189 países.

Enlaces

— Acceda al conjunto de datos de la OMS: [Tablero global, perfiles por país](#) y otros [recursos adicionales](#).

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 05/07/25

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	3	-	72	27	1.30	0.50
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	-	2	-	._**
TUBERCULOSIS	8	23	462	652	9.01	13.18
LEPRA	3	-	78	73	1.56	1.51
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	6219	2916	84382	66206	1633.13	1328.49
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	9	0.09	0.17
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	88	25	1028	626	17.56	11.08
MENINGITIS BACTERIANA	4	3	105	97	2.48	2.38
VARICELA	86	92	7043	4000	88.87	52.33
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	7	64	649	1720	14.49	39.81
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	6	3	0.10	0.05
LEPTOSPIROSIS	7	1	91	42	1.63	0.78
SÍFILIS	174	195	4372	4529	76.86	82.55
BLENORRAGIA	36	76	1294	1318	25.43	26.86
INFECC. RESP. AGUDAS	41753	48785	1425714	1471109	25930.28	27740.13

Fuente: EDO PARTE TELEFONICO SUJETO A MODIFICACIONES.

*TASA ANUAL ESPERADA, AJUSTADA SEGÚN EL AÑO ANTERIOR.

** LA TASA ESPERADA COINCIDE CON LA DEL AÑO ANTERIOR.

LA TASA ACUMULADA DEL AÑO ANTERIOR SE CALCULA EN BASE ANUAL.

Comité Editor

DIRECTOR: Dr. Manuel E. Díaz González.	JEFES DE INFORMACIÓN:
EDITOR: DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	MsC. Carlos Luis Rabeiro Martinez
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	DrC. Gilda Teresa Toraño Peraza Dra. Suset Isabel Oropesa Fernández

Teléfono; (53-7) 2807625 y 2553205 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet: <http://instituciones.sld.cu/ipk>