



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](mailto: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:**

<b>Alerta epidemiológica. Casos humanos de influenza aviar A(H5N1) en la región de las Américas.....</b>	<b>369</b>
<b>Tablas:.....</b>	<b>376</b>

**ALERTA EPIDEMIOLÓGICA. CASOS HUMANOS DE INFLUENZA AVIAR A(H5N1) EN LA REGIÓN DE LAS AMÉRICAS.**

**3 diciembre del 2024**

Desde 2022 se han notificado casos de influenza aviar A(H5) en la Región de las Américas, registrándose un aumento creciente en los últimos dos meses, incluyendo algunos casos en los cuales se desconoce la fuente de infección. Ante esta situación la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) insta a los Estados Miembros a continuar fortaleciendo sus capacidades para la detección, investigación epidemiológica, notificación y respuesta oportuna ante casos humanos de influenza aviar A(H5). Además, la OPS / OMS invita a los Estados Miembros a compartir los virus con los Centros Colaboradores de la OMS, para apoyar los análisis de riesgo y contar con virus candidatos vacunales.

**Contexto mundial**

El virus de la influenza aviar, que usualmente es transmitido entre aves, ha mostrado un aumento de casos en mamíferos debido a cambios en su ecología y epidemiología (1). Desde 2020, se ha detectado un número sin precedentes de muertes de aves silvestres

y aves de corral en numerosos países de África, Américas, Asia y Europa (1), en la mayoría de ellos relacionados a la detección del Influenza A(H5N1) del clado 2.3.4.4b. Desde 2022, 19 países de tres continentes han notificado brotes en mamíferos a la Organización Mundial de Sanidad Animal (OMSA) (2).

Desde inicios de 2003 hasta el 1 de noviembre del 2024, se notificó a la Organización Mundial de la Salud (OMS) 939 casos humanos de influenza aviar A(H5N1), incluido 464 defunciones (letalidad del 49,4%), en 24 países a nivel global (3).

**Casos humanos de influenza A(H5N1)<sup>1</sup> en la Región de las Américas**

Desde 2022 y hasta el 2 de diciembre del 2024, se notificaron 61 infecciones humanas causadas por influenza aviar A(H5N1) en cuatro países de las Américas: 58 casos en los Estados Unidos (4), un caso en Canadá confirmado el 13 de noviembre del 2024 (5), un caso en Chile notificado el 29 de marzo del 2023 (6) y un caso en Ecuador notificado el 9 de enero del 2023 (7).

Durante 2024, se notificaron 58 casos humanos, uno en Canadá y 57 en los Estados Unidos

(4,5). El 74% (n=43) de los casos notificados en este año, se reportó entre octubre y noviembre del 2024 (4, 5, 8, 9); el 59% de los casos asociado a exposición a ganado lechero y en 5% (n=3) no se ha podido establecer la fuente de exposición (4, 5, 8, 9). El 96% (n= 56) de los casos corresponde a personas mayores de 18 años. Se han notificado dos casos en menores de 18 años, uno en Canadá y otro en Estados Unidos (8, 9).

Con relación a los datos del subtipo identificado del total de casos, en el 21% (n= 12 casos) se confirmó el subtipo H5N1 y en el 21% (n= 12 casos) se identificó el clado 2.3.4.4b, para tres de estos casos el genotipo fue B3.13 (8, 9).

<sup>1</sup> Estos incluyen casos confirmados por influenza A(H5N1) o por influenza A(H5) con exposición a aves o ganado en instalaciones donde se había detectado el virus de la influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) A(H5N1).

#### **Resumen de los casos humanos de influenza A(H5N1) por país durante 2024**

En **Canadá**, el 14 de noviembre del 2024, la Agencia de Salud Pública de Canadá (PHAC por sus siglas en inglés) notificó la confirmación de un caso humano de influenza A(H5N1), siendo este el primer caso humano de influenza A(H5) adquirido en el país. El caso corresponde a un adolescente que desarrolló síntomas el 2 de noviembre del 2024, fue posteriormente hospitalizado y mediante un análisis de laboratorio fue identificado como presunto positivo para influenza aviar A(H5) por prueba de PCR. El 13 de noviembre el Laboratorio Nacional de Microbiología (NML) de PHAC en Winnipeg confirmó la identificación de influenza A(H5N1) y el resultado de la secuenciación genómica indicó que el virus está relacionado con los virus de la influenza aviar altamente patógena (IAAP) A(H5N1) detectados en aves silvestres/domésticas durante el actual brote de IAAP Columbia Británica (Influenza A(H5N1) clado 2.3.4.4b, genotipo D1.1) (5, 9). El análisis realizado mostró que el genoma tiene una mutación E627K en el gen PB2 asociada con la adaptación a mamíferos y

una mayor replicación. Esta mutación se ha observado previamente en otras infecciones humanas y de mamíferos. El gen HA también contenía bases mixtas, en las posiciones 190 (E190D) y 226 (Q226H) (numeración H3) en la proteína HA madura. Se conoce que las mutaciones en estas posiciones afectan la especificidad del huésped. Hasta la fecha, la investigación realizada por la autoridad sanitaria regional no ha determinado el origen de la infección del caso. Este caso no tiene exposición conocida a granjas avícolas afectadas en la provincia de Columbia Británica. El caso ha recibido tratamiento médico, incluidos antivirales, y permanece hospitalizado en estado crítico. Este caso se identificó a través de la vigilancia de laboratorio de la influenza en Columbia Británica. Al momento de elaboración de esta alerta, no se han identificado casos humanos adicionales (5, 9). En los **Estados Unidos**, de enero al 2 de diciembre del 2024 se han confirmado 57 casos humanos de influenza A(H5N1) en 7 estados del país: California (n= 31), Colorado (n= 10), Michigan (n= 2), Missouri (n=1), Texas (n= 1), Oregón (n= 1) y Washington (n=11). El 98% (n=

12. de los casos corresponde a personas mayores de 18 años. Se ha notificado un caso en un menor de 18 años, en el estado de California, siendo el primer caso en un menor de edad registrado en los Estados Unidos (4, 8). Los casos registrados asociados a exposición a ganado lechero y aves de corral se han registrado principalmente en Central Valley en California, en el condado de Weld en Colorado y en el condado de Franklin en Washington (4, 8).

De los 51 casos en los que se cuenta con información sobre síntomas, 90% (n= 46 casos) presentó conjuntivitis, 29% (n= 15 casos) fiebre y 20% (n= 10 casos) dolor de cabeza (8).

Del total de en los Estados Unidos, el 60% (n= 34 casos) se han relacionado con exposición a ganado bovino lechero enfermo o infectado, mientras que el 37% (n= 21 casos) están vinculados a la exposición a aves de corral y en dos de los casos no pudo ser determinada la fuente de exposición (**Tabla 1**). La información detallada sobre estos dos casos se muestra a continuación (4, 8):

El 6 de septiembre del 2024, Estados Unidos notificó el primer caso confirmado de influenza A(H5N1) en el cual no se tiene conocimiento de una exposición reciente a animales. El caso identificado corresponde a una persona residente en el estado de Missouri, mayor de 18 años, con antecedentes de enfermedad clínica subyacente grave. Inició síntomas el 20 de agosto del 2024, consistentes en dolor en el pecho, náuseas, vómitos, diarrea y debilidad. Fue hospitalizado, recibió tratamiento con oseltamivir y se recuperó de la enfermedad. El caso informó no haber tenido contacto con animales en los 10 días anteriores a la aparición de los síntomas. Se tomó una muestra de hisopado nasofaríngeo y se analizó mediante un panel respiratorio de PCR multiplex en el laboratorio del hospital, donde la muestra dio positivo para el virus de la influenza A y negativo para influenza A(H1) y A(H3). La muestra se envió al Laboratorio de Salud Pública del Estado de Missouri (MSPHL por sus siglas en inglés), donde la muestra se sometió a pruebas adicionales. Los análisis en el MSPHL indicaron un resultado presuntamente positivo para influenza A(H5) utilizando el ensayo de subtipificación de influenza A(H5) del panel de diagnóstico de RT-PCR en tiempo real del virus de la influenza humana de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) (8, 10).

La muestra fue recibida en los CDC el 4 de septiembre del 2024 y se confirmó el 5 de septiembre del 2024 que la misma era positiva para influenza A(H5). El 13 de septiembre, la secuencia del gen HA confirmó que el virus pertenece al clado 2.3.4.4b y la secuencia del gen NA fue confirmada como N1. El caso se identificó a través del sistema de vigilancia de influenza estacional del estado de Missouri (8,10). Durante la investigación de este caso, se detectaron cinco profesionales de salud que estuvieron expuestos al caso y que habían presentado síntomas leves a quienes se tomaron muestras de sangre para análisis por serología. Los cuales fueron negativos (8,11). La fuente de exposición para este caso no pudo ser determinada y habiéndose concluido las investigaciones se descartó una

posible transmisión de humano a humano (8, 11). El 23 de noviembre del 2024, los Estados Unidos notificó otro caso humano confirmado de infección por el virus de la influenza aviar A(H5) en el cual se desconocía la fuente de exposición (12). El caso corresponde a un niño residente en el estado de California, quien no presentaba comorbilidades y sin antecedentes de viaje. Inició síntomas el 11 de noviembre del 2024, con congestión nasal, dolor de garganta, tos y fatiga. El paciente recibió atención médica en un centro de urgencias el 12 de noviembre, fecha en la que se le tomó muestra (hisopado nasofaríngeo) par análisis de laboratorio. El 13 de noviembre de 2024, se obtuvo un resultado positivo de influenza A en una prueba rápida de PCR de influenza/VRS/SARS- CoV-2, por lo que se le suministró oseltamivir (8). El caso no requirió hospitalización y se está recuperando de su enfermedad. De acuerdo con la información disponible, el caso no había tenido ningún contacto con animales infectados con el virus de la influenza A(H5N1) dentro de los 10 días anteriores a la aparición de los síntomas. La investigación sobre las posibles fuentes de exposición está en curso (8).

La muestra fue enviada a un laboratorio académico afiliado, donde se realizó una prueba adicional para detectar el virus de la influenza A(H5) mediante una RT-PCR. Las pruebas indicaron un posible virus de la influenza A(H5) el 15 de noviembre del 2024. El espécimen se envió al Laboratorio de Enfermedades Virales y Rickettsiales (VRDL) del Departamento de Salud Pública de California para realizar pruebas adicionales. El 17 de noviembre del 2024, el VRDL informó un resultado presunto positivo para el virus de la influenza A(H5) utilizando el ensayo de subtipificación de influenza A(H5) del panel de diagnóstico RT-PCR en tiempo real

del virus de la influenza humana de los CDC. La muestra se envió a los CDC para pruebas de confirmación donde se confirmó que era positivo para influenza A(H5N1), clado 2.3.4.4b a través de la secuenciación genética parcial. Actualmente se están llevando a cabo secuenciaciones adicionales y cultivos virales (8).

Durante la investigación realizada por el Departamento de Salud Pública de California se identificó que tres contactos del paciente desarrollaron síntomas respiratorios el día anterior o dentro de los 10 días posteriores al inicio de los síntomas del caso confirmado.

El 16 de noviembre de 2024 se colectaron muestras de los tres contactos, así como una nueva muestra del caso. Los resultados de estas muestras fueron negativos para el virus de la influenza, pero positivos para otros virus respiratorios estacionales. La búsqueda de contactos continúa, incluido el monitoreo de los contactos identificados del

**Tabla 1.** Casos de infecciones por influenza aviar A(H5N1) en los Estados Unidos durante el 2024 hasta el 2 de diciembre del 2024.

Estado	Vinculado a ganado	Vinculado a aves de corral	Origen Desconocido	Total por Estado
California	30	0	1	31
Colorado	1	9	0	10
Michigan	2	0	0	2
Missouri	0	0	1	1
Oregon	0	1	0	1
Texas	1	0	0	1
Washington	0	11	0	11
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>21</b>	<b>2</b>	<b>57</b>

**Fuente:** Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos. Influenza Aviar H5. Atlanta: CDC;2024. [consultado el 2 de diciembre del 2024]. Disponible en: <https://espanol.cdc.gov/bird-flu/situation-summary/index.html>

**Recomendaciones para los Estados Miembros**

Hasta la fecha los casos humanos notificados de influenza A(H5N1) del clado 2.3.4.4b están mayoritariamente asociados al contacto directo con animales infectados y entornos contaminados. La evidencia actual refleja que el virus no parece transmitirse fácilmente de una persona a otra. No obstante, es imperativo fortalecer la vigilancia intersectorial para detectar cualquier posible cambio en esta situación (13).

La OPS/OMS insta a los Estados Miembros para que trabajen en forma colaborativa e intersectorial para preservar la sanidad animal y proteger la salud pública. Es esencial que

caso (8). Este es el segundo caso identificado a través de la vigilancia nacional de influenza en este país (12).

Desde el 24 de marzo y hasta el 2 de diciembre del 2024, los esfuerzos dedicados para la vigilancia específica de influenza aviar A(H5) han monitoreado a más de 7.900 personas tras su exposición a animales infectados y más de 390 de ellas han sido sometidas a pruebas de detección por laboratorio (4).

Hasta el 2 de diciembre del 2024, la **transmisión del virus de influenza aviar A(H5N1) de persona a persona no ha sido notificada** (4).

se implementen medidas preventivas de la influenza aviar en su origen, se establezcan protocolos de detección, notificación y respuesta rápida ante brotes en animales, y se refuerce la vigilancia de la influenza tanto animales como humanos. Será igualmente importante llevar a cabo investigaciones epidemiológicas y virológicas en relación con los brotes en animales y las infecciones humanas, compartir la información genética de los virus, fomentar la colaboración entre los ámbitos de la salud animal y humana, y comunicar de manera efectiva el riesgo a la población, así como **garantizar la preparación para una posible pandemia de influenza en todos los niveles** (14, 15).

A continuación, se resumen las principales orientaciones para los Estados Miembros en relación con la nueva guía de manejo clínico de casos humanos y se reiteran las recomendaciones para la vigilancia, diagnóstico de laboratorio, secuenciación y vigilancia genómica de influenza aviar A(H5) así como vacunación contra influenza estacional en el contexto de transmisión de influenza aviar.

### **Manejo clínico**

El manejo clínico oportuno, basado en la evidencia, la prevención y control de la infección y la prevención de complicaciones en pacientes con infección por influenza zoonótica son elementos críticos. La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que actualicen sus guías de tratamiento con base en las guías actualizadas de la OMS, las cuales incluyen el manejo de la influenza grave causada por influenza zoonótica (16). Ante la sospecha de infecciones causadas por influenza aviar A(H5), la OPS/OMS recomienda (17):

Realizar el triaje inicial de pacientes

- En el primer contacto con el sistema sanitario, se debe identificar rápidamente a los pacientes con signos de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG).

- Es crucial priorizar la atención inmediata de los casos graves y evitar cualquier demora en la atención de urgencia.

Aplicar precauciones de prevención y control de infecciones

- Implementar precauciones estándar en todos los casos.

- Utilizar precauciones de contacto y de gotitas en casos sospechosos de influenza grave.

- Si se realizan procedimientos que generan aerosoles, añadir precauciones de transmisión aérea, además de las precauciones de contacto y gotitas.

Clasificar a los pacientes según la gravedad de su condición

- Los pacientes deben ser ubicados en zonas designadas de acuerdo con la gravedad de su

enfermedad y las necesidades de cuidados agudos.

- Aquellos con complicaciones como neumonía grave, sepsis, disfunción orgánica o coinfecciones deben ser hospitalizados en áreas de cuidados intensivos o críticos, según corresponda.

Atención hospitalaria y manejo de complicaciones

- Los pacientes graves con IRAG generalmente requieren hospitalización para manejar complicaciones como neumonía, sepsis o exacerbaciones de enfermedades crónicas.

- En caso de fallo orgánico agudo, el ingreso en la unidad de cuidado intensivo (UCI) debe ser inmediato para una vigilancia estrecha y cuidados avanzados. No debe retrasarse el ingreso en la UCI de estos pacientes.

Monitoreo y seguimiento continuo

- Proveer seguimiento constante en la UCI para evaluar la evolución del paciente y ajustar el tratamiento según sea necesario.

**Con relación al tratamiento antiviral y la prevención entre personas con exposición al virus de influenza zoonótica, la OPS/OMS recomienda (16):**

El tratamiento debe administrarse lo antes posible y dentro de los 2 días posteriores al inicio de los síntomas.

- Tratamiento antiviral de pacientes con influenza grave (incluida la infección con nueva influenza A asociada a una elevada mortalidad o riesgo desconocido de enfermedad grave):

- recomendación condicional para el uso de oseltamivir en el tratamiento, recomendación condicional contra el uso de peramivir,

- recomendación condicional contra el uso de zanamivir.

- Tratamiento antiviral de los pacientes con influenza no grave:

- Recomendación condicional para el uso de baloxavir en pacientes con influenza no grave y alto riesgo de progresión a enfermedad grave;

- Persona expuesta al virus de influenza zoonótica asociado a una mortalidad elevada o a un riesgo desconocido de enfermedad grave:

- En el caso de personas asintomáticas, expuestas a virus influenza zoonótica asociados con alta mortalidad en humanos o con riesgo desconocido de causar enfermedad grave, enfermedad en los 2 días previos, se sugiere administrar baloxavir, laninamivir, oseltamivir, o zanamivir (recomendación condicional).

Las recomendaciones completas respecto al manejo clínico están disponibles en la “guía de práctica clínica de la OMS para la influenza”, disponible en:

<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/378872/9789240097759-eng.pdf?sequence=1> (18).

#### **Vigilancia de casos en humanos**

A fin de identificar de manera temprana los casos o eventos de transmisión en la interfaz humano-animal, se recomienda la vigilancia y seguimiento de las personas expuestas y sus contactos (19). Debido a la naturaleza de constante evolución de los virus de la influenza, la OPS/OMS sigue resaltando la importancia del fortalecimiento de la IRAG y la vigilancia del síndrome gripal (ETI), así como el fortalecimiento de la vigilancia basada en eventos (1).

Esto permite detectar cambios virológicos, epidemiológicos y clínicos asociados con los virus de la influenza circulantes, los cuales pueden impactar la salud humana. Además de las actividades de búsqueda activa de casos, identificación y seguimiento de contactos llevadas a cabo durante la investigación epidemiológica de los eventos zoonóticos, es recomendable alertar y sensibilizar a los clínicos para considerar el diagnóstico de influenza aviar y fortalecer los sistemas de vigilancia existentes en áreas cercanas a granjas avícolas, áreas donde se han registrado casos en humanos y brotes en animales o donde se sospecha la fuente de la infección (20). Para complementar la vigilancia de la IRAG y la ETI, la OPS/OMS recomienda establecer sistemas de alerta temprana para detectar eventos inusuales y tener un panorama más completo de la situación, y realizar oportunamente una evaluación de riesgo conjunta y coordinada entre los sectores humano, animal y de medioambiente.

La OPS/OMS reitera a los Estados Miembros la necesidad de mantener y reforzar la vigilancia del virus de la influenza estacional y zoonótico, incluyendo el envío inmediato de muestras de influenza humana causadas por influenza aviar al Centro Colaborador de la OMS en los CDC. Dado que la información sobre la circulación de los virus de influenza aviar A(H5N1) es importante para la composición de la vacuna contra la influenza humana y para generar datos para la preparación y respuesta, se recomienda a los países a compartir muestras de influenza animal con el Centro de Colaboración de la OMS del Hospital Infantil St. Jude, el cual se centra exclusivamente en la amenaza que representan para los seres humanos los virus de influenza zoonóticos.

#### **Diagnóstico laboratorial de casos en humanos de influenza A(H5N1)**

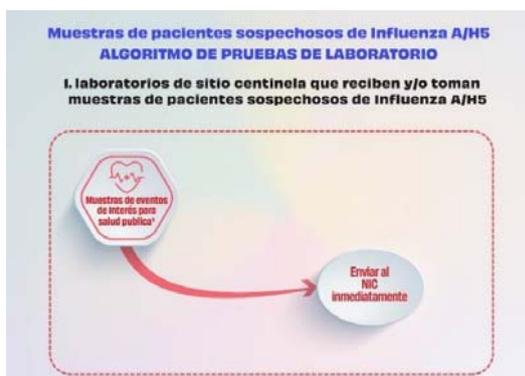
##### **Recolección de muestras en humanos**

Las muestras deben ser recolectadas por personal capacitado en cumplimiento de todas las normas de bioseguridad, incluido el uso de equipo de protección personal (EPP) adecuado para los virus respiratorios.

Las muestras recomendadas son del mismo tipo de muestras que se utilizan para la vigilancia de rutina de influenza. El hisopo nasofaríngeo es el método óptimo de recolección de muestras para las pruebas de diagnóstico influenza. Sin embargo, se puede recolectar una muestra combinada de hisopado nasal y faríngeo o muestras de aspirado. En el contexto de la infección por influenza A(H5) en humanos recientemente descrito en los Estados Unidos, se ha observado que es posible tener un hisopado nasofaríngeo con resultado negativo pero un hisopado conjuntival positivo (21, 22). Por esto, en casos sospechosos o de personas expuestas a influenza A(H5) con síntomas de conjuntivitis se sugiere, adicional al hisopado nasofaríngeo, considerar la toma de hisopado conjuntival. Es esencial seguir los protocolos establecidos y recolectar tanto muestras nasofaríngeas, como oculares en pacientes con conjuntivitis, para una evaluación completa de posible infección por el virus A(H5N1) (23-27).

Se debe usar un hisopo estéril de dacrón/nylon para la recolección de muestras. No se recomiendan los hisopos con punta de algodón y con madera, ya que interfieren en el procesamiento de la muestra e inhiben las reacciones de diagnóstico molecular. Los hisopos deben colocarse en un tubo de transporte viral que contenga 3 ml de medio de transporte viral estéril y transportarse en el mismo tubo con medio de transporte viral (MTV). Se recomienda la recolección de muestras dentro de los cuatro días posteriores a la aparición de los síntomas para obtener el mayor rendimiento del virus de la influenza y una mejor detección. No se recomienda el muestreo de contactos asintomáticos, a menos que se considere necesario de acuerdo con las directrices nacionales. Las muestras deben mantenerse refrigeradas (4-8°C) y enviarse al laboratorio (central, nacional o laboratorio de referencia) donde deben procesarse dentro de las primeras 24-72 horas posteriores a la recolección. Si no se pueden enviar muestras dentro de este período, se recomienda congelar a -70°C (o menos) hasta que se envíen las muestras (asegurando que se mantenga la cadena de frío). Las orientaciones clave para la recolección, almacenamiento y transporte de muestras respiratorias destinadas al diagnóstico de la influenza zoonótica, como el virus Influenza A/H5, se encuentran disponibles

**Figura 1.** Flujo de muestras para muestras de casos sospechosos de Influenza A(H5) en sitios centinela y laboratorios descentralizados.



**Fuente:** Organización Panamericana de la Salud. Muestras de pacientes sospechosos de Influenza A(H5) - Algoritmo de pruebas de laboratorio. 2 de diciembre del 2022. Washington, DC: OPS; 2022. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/muestras-pacientes-sospechosos-influenza-ah5-algoritmo-pruebas-laboratorio>

Continuará en el próximo Boletín...

para fácil consulta en la infografía sobre “Recolección de muestras respiratorias para el diagnóstico de influenza zoonótica (Influenza A/H5 y otros virus de influenza zoonótica)”, disponible en :

<https://www.paho.org/es/documentos/recoleccion-muestras-respiratorias-para-diagnostico-influenza-zoonotica-influenza-ah5> (28).

### Flujo de muestras y algoritmo de pruebas de laboratorio

En las Américas, todos los centros nacionales de influenza (NIC por sus siglas en inglés) y laboratorios nacionales de referencia (LNR) para la influenza humana, como parte del el Sistema Global de Vigilancia y Respuesta de Influenza (GISRS) de la OMS, utilizan protocolos y reactivos de diagnóstico molecular desarrollados y validados por el Centro Colaborador de la OMS en los CDC de los Estados Unidos.

Ante la identificación de casos sospechosos de infección humana causada por influenza aviar A(H5), se debe tomar una muestra respiratoria y remitir al NIC o al LNR para su análisis (**Figura 1**) (29).

Las muestras recogidas de casos humanos sospechosos expuestos a aves o a seres humanos infectados con influenza aviar A(H5) deben analizarse para influenza. Las muestras positivas para influenza A deben subtipificarse posteriormente para H5 (**Figura 2**) (29, 30).

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas**  
**Número de casos en la semana y acumulados hasta: 23/11/24**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2023	2024	2023	2024	2023	2024*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	-	2	58	117	0.58	1.17
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	2	-	0.02	0.02**
TUBERCULOSIS	10	26	547	916	5.42	9.10
LEPRA	2	1	118	143	1.15	1.39
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2506	2684	116147	150588	1133.28	1474.50
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	7	6	0.06	0.05
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	-	0.01	0.01**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	109	7	2542	1684	26.25	17.45
MENINGITIS BACTERIANA	7	7	244	224	2.33	2.15
VARICELA	137	76	10282	8454	97.12	80.13
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	28	36	862	1162	8.35	11.29
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	10	0.03	0.09
LEPTOSPIROSIS	5	2	99	148	1.15	1.72
SÍFILIS	134	144	7827	7097	74.03	67.36
BLNORRAGIA	36	36	1475	2392	14.57	23.71
INFECC. RESP. AGUDAS	59175	51576	2599359	2344961	25422.15	23014.86

**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**

<b>DIRECTOR:</b> Dr. Manuel E. Díaz González.	<b>JEFES DE INFORMACIÓN:</b>
<b>EDITOR:</b> DrC. Belkys Maria Galindo Santana.	MsC. Carlos Luis Rabeiro Martinez
<b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO:</b> 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>