



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:

Actualización epidemiológica sarampión en la Región de las Américas. Continuación.....	273
Tablas:.....	280

ACTUALIZACION EPIDEMIOLOGICA SARAMAPION EN LA REGION DE LAS AMERICAS

19 de Septiembre 2025

Continuación del anterior

En los **Estados Unidos**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han notificado 1.454 casos confirmados de sarampión, incluyendo tres defunciones. De ellos, 1.433 casos de sarampión fueron notificados por 42 jurisdicciones: Alabama (n= 1), Alaska (n= 3), Arizona (n= 34), Arkansas (n= 8), California (n= 20), Colorado (n= 27), Florida (n= 6), Georgia (n= 6), Hawaii (n= 2), Idaho (n= 3), Illinois (n= 10), Indiana (n= 8), Iowa (n= 8), Kansas (n= 90), Kentucky (n= 13), Louisiana (n= 2), Maryland (n= 3), Michigan (n= 27), Minnesota (n= 5), Missouri (n= 6), Montana (n= 31), Nebraska (n= 1), New Jersey (n= 10), New Mexico (n= 100, incluyendo una defunción), New York City (n= 9), New York State (n= 7), North Dakota (n= 36), Ohio (n= 33), Oklahoma (n= 17), Oregon (n= 1), Pennsylvania (n= 16), Rhode Island (n= 1), South Carolina (n= 3), South Dakota (n= 12), Tennessee (n= 6), Texas (n= 803, incluyendo dos defunciones), Utah (n= 15) Vermont (n= 2), Virginia (n= 4), Washington (n= 10), Wisconsin (n= 25), and Wyoming (n= 9). Se

notificaron un total de 21 casos de sarampión entre visitantes internacionales a los Estados Unidos (9, 10). Del total de casos, el 86% (n= 1.249) están asociados a brotes (definidos como tres o más casos), con 37 brotes identificados este año.

El 18 de agosto, el Departamento de Servicios de Salud del Estado de Texas informó del fin del brote de sarampión centrado en el oeste de Texas tras 42 días sin nuevos casos en ninguno de los condados que anteriormente mostraban indicios de transmisión continua (9, 17).

El 28% (n= 404) de los casos corresponde a niños menores de 5 años, el 38% (n= 554) en personas de entre 5 y 19 años, el 34% (n= 489) a adultos mayores de 20 años y el 0% (n= 7) a personas de edad desconocida. La tasa de incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de los niños menores de un año (3,0 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de edad de 1 a menos de 5 años (1,9 por cada 100.000 habitantes).

En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, el 92% no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, el 4% había recibido una sola dosis de la vacuna triple viral y el 4% había recibido dos dosis. Entre los casos confirmados vacunados, el 26% son menores de 5 años, el 14% personas de entre 5 y 19 años y el 59 % adultos mayores de 20 años. El 12 % (n= 180) de los casos requirió hospitalización, principalmente en niños menores de 5 años, con un 21 %(n= 86) de los casos registrados en este grupo de edad (n= 404). La cobertura de la vacuna SRP en niños ha disminuido en los últimos años, pasando del 95,2% durante el curso escolar 2019-2020 al 92,5% durante el curso escolar 2024-2025 (9, 18).

De las 571 muestras positivas para rRT-PCR de casos confirmados de sarampión que se han sometido a genotipificación hasta la fecha, 91% (n= 517) eran del genotipo D8 y 9% (n= 54) del genotipo B3. Entre las detecciones del genotipo D8, la mayoría, 88% (n= 453), se identificaron como la secuencia distintiva (DSId) 9171 (9)

En **México**, entre la SE 1 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 4.553 casos de sarampión, incluyendo 19 defunciones, en 23 estados. Los casos fueron reportados en Baja California Sur (n= 8), Campeche (n= 14), Chiapas (n= 1), Chihuahua (n= 4.231, incluyendo 18 defunciones), Ciudad de México (n= 6), Coahuila (n= 54), Durango (n= 22), Guanajuato (n= 4), Guerrero (n= 47), Jalisco (n= 1), México (n= 2), Michoacán (n= 15), Nuevo León (n= 1), Oaxaca (n= 5), Querétaro (n= 1), Quintana Roo (n= 2), San Luis Potosí (n= 1), Sinaloa (n= 14), Sonora (n= 88, incluyendo una defunción), Tabasco (n= 2), Tamaulipas (n= 12), Yucatán (n= 1) y Zacatecas (n= 21) (11). De los casos confirmados, el 52% son mujeres (n= 2.367). El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años con un 24% (n= 1.109), seguido del grupo de 25 a 29 años con un 13% (n= 586). La tasa incidencia por grupo de edad muestra que el grupo de edad más afectado es el de 0 a 4 años (10,6 casos por 100.000 habitantes), seguido por el grupo de 25 a 29 años (5,5 casos por 100.000 habitantes) (11). En cuanto al antecedente de vacunación de los casos, de los 4.353 casos con información, el 84% (n= 3.591) no contaba con

antecedente de vacunación, el 4,5% (n= 190) tenía una dosis de SRP y el 4,5% (n= 190) contaba con dos o más dosis de SRP documentadas en la cartilla nacional de vacunación (20). Diecinueve casos, todos procedentes del estado de Chihuahua requirieron hospitalización (20). La tasa de incidencia nacional de sarampión es de 3.41 casos por 100.000 habitantes (11).

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados (n=110), se han identificado los genotipos D8 y el genotipo B3 (19, 20).

Se han confirmado 19 defunciones por complicaciones de sarampión, todas en personas sin antecedente vacunal, con comorbilidades en algunos casos. Las defunciones se distribuyen entre los estados de Chihuahua (n= 18) y Sonora (n= 1) (11).

En México, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 80% a nivel nacional para primera dosis y 69% para segunda dosis (15).

En **Paraguay**, entre la SE 30 y la SE 37 del 2025, se han confirmado 35 casos de sarampión, todos los casos se registraron en el departamento de San Pedro. Del total de casos, uno corresponde a un caso importado y 34 casos están relacionados con la importación.

Los casos confirmados fueron reportados en el distrito de Nueva Germania (n= 13), los municipios de Santa Rosa de Aguaray (n= 8) y Tacuatí (n= 14). De los 35 casos corresponden un total de 26 confirmados por laboratorio (RT-PCR), dos por IgM positivo y siete casos confirmados por nexo epidemiológico y criterio clínico (12).

En relación con las características demográficas, el 60% de los casos (n= 21) corresponden al sexo femenino, en un rango de edad de 3 meses a 54 años, con un promedio de 10 años, el 51% (n= 18) de los casos corresponden a menores de 5 años, el 40% (n= 14) a edades comprendidas entre 5 y 19 años y el 9% (n= 3) al grupo de 20 años y más. La tasa incidencia muestra que el grupo de edad más afectado es el de 1 a 4 años (3,7 casos por 100.000 habitantes), seguido de los grupos de menores de 1 año (3,1 por 100.000 habitantes) y de 15 a 19 años (1,0 casos por 100.000 habitantes) (12).

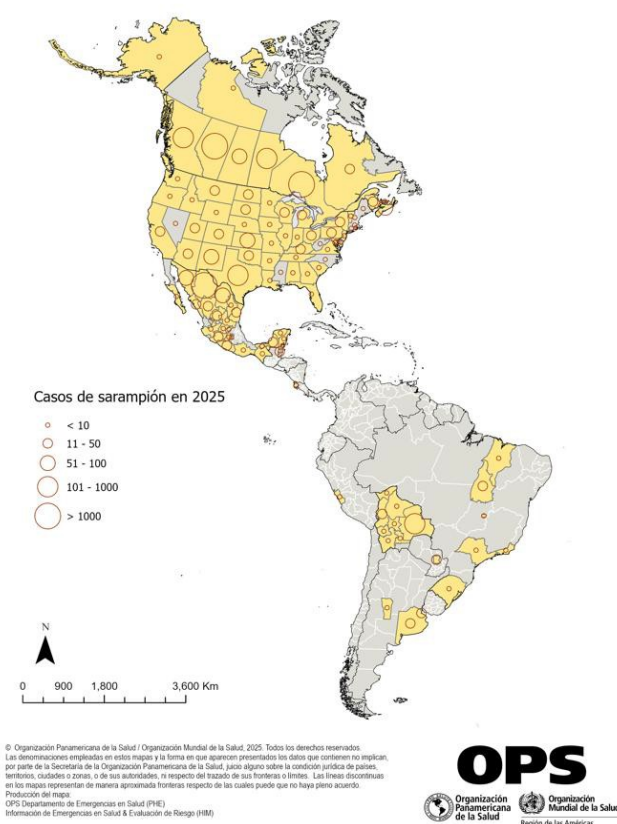
En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, el 89% de los casos ($n=31$) no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido, mientras el 5% tenían una dosis única de SRP ($n=2$) y el 5% tenía dos dosis de SRP ($n=2$). El 26% de los casos requirió hospitalización ($n=9$) y no se han registrado defunciones relacionadas (12). El Laboratorio Regional de Referencia ha reportado el genotipo D8 en cinco muestras remitidas desde el Laboratorio Nacional de Referencia (12). En Paraguay, en el 2024 se alcanzó una cobertura de vacunación nacional para SPR de 90 % para primera dosis y de 69% para segunda dosis (21).

En **Perú**, entre la SE 19 y la SE 37 del 2025, se han confirmado cuatro casos de sarampión, todos los casos se registraron en el departamento de Lima. Del total de casos, dos corresponden a casos importados, dos

relacionados con la importación. Los casos se distribuyen en un rango de edad de 8 a 34 años, dos de los casos corresponden a personas entre los 5 y 19 años y dos a adultos mayores de 20 años. En cuanto al antecedente de vacunación contra sarampión, tres de los casos no estaban vacunados o tenían un historial de vacunación desconocido y uno tenía dos dosis de SRP. De los casos, dos requirieron hospitalización y no se han registrado defunciones relacionadas (13).

De acuerdo con la genotipificación realizada a las muestras procedentes de los casos confirmados ($n=2$) se han identificado el genotipo D8 DSID 9171 y el genotipo MVs/Ontario.CAN/47.24 (DSId 9171). En Perú, en el 2024, se alcanzó una cobertura de vacunación para SRP de 97 % a nivel nacional para primera dosis y 83% para segunda dosis (13).

Figura 6. Distribución geográfica de los casos confirmados de sarampión a nivel subnacional (en amarillo) en la Región de las Américas, 2025 (hasta la SE 37)



Fuente: Adaptado de datos aportados por los respectivos países (2-13).

Orientaciones a los Estados Miembros

En el contexto actual de la persistencia de ocurrencia de casos de sarampión en la Región de la Américas en lo que va del 2025, la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS / OMS) recomienda a los Estados Miembros intensificar los esfuerzos para sostener la eliminación del sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita.

Tomando en cuenta los factores de riesgo antes mencionados, y el contexto regional actual a continuación se ofrecen recomendaciones relacionadas a vacunación, vigilancia y respuesta rápida (22, 23):

Vacunación

a. Países con brotes activos:

- En países con transmisión comunitaria, con largas cadenas de transmisión, amplia dispersión geográfica y dificultad para identificar la fuente de infección, implementar actividades de vacunación masiva indiscriminada (una dosis adicional de vacuna SRP o SR) a los grupos afectados.

- En países con brotes con pequeñas cadenas de transmisión, número limitado de casos en zonas geográficas claramente identificadas y fuentes de transmisión conocida:

- Implementar el bloqueo de vacunación en las primeras 72 horas en 25 manzanas alrededor de donde reside el caso (área de 5 por 5 manzanas con la manzana de residencia del caso en el centro) y siguiendo la ruta de desplazamiento de los casos confirmados, durante su periodo de transmisibilidad. Realizar de manera conjunta la búsqueda activa comunitaria de casos.

- Implementar el barrido documentado si la intervención es posterior a las primeras 72 horas o si el bloqueo fue inefectivo. El barrido se debe implementar en un área más amplia que la del bloqueo de vacunación. Considerar un área de cinco manzanas a la redonda de la residencia del caso (área de 121 manzanas). Realizar la búsqueda activa comunitaria de casos durante esta actividad.

- Realizar el monitoreo rápido de vacunación en las áreas intervenidas a fin de determinar zonas que requieran intervenciones de

vacunación adicionales. Realizar la búsqueda activa comunitaria de casos durante esta actividad.

b. Todos los países:

- **Vacunar a todos los contactos cercanos** de casos confirmados y casos sospechosos, hasta los 39 años de edad (o conforme el análisis epidemiológico local), con una dosis adicional de vacuna sarampión-rubéola (SR) o SRP, según corresponda, en las primeras 72 horas. Esto debe incluir la ruta de desplazamiento de los casos confirmados durante el periodo de transmisibilidad de la enfermedad.

- **Mantener una reserva de vacuna SR y/o SRP**, y jeringas/insumos para acciones de prevención y control ante casos importados.

- **Implementar actividades de intensificación de la vacunación** basadas en los resultados del análisis de riesgo de sarampión y rubéola, con el objetivo de cerrar las brechas de cobertura, priorizando los municipios con mayor riesgo.

- **Fortalecer la microplanificación de los servicios de vacunación de rutina** para alcanzar coberturas de vacunación de al menos el 95% con dos dosis de la vacuna SRP. La OPS ha desarrollado lineamientos que pueden ser de gran utilidad para esta labor.

- **Ofrecer vacunación a los viajeros** mediante brigadas médicas o puestos de vacunación fijos, asegurando su acceso en puntos estratégicos. Implementar dosis cero en niños de 6 a 11 meses de edad que se dirijan a zonas con transmisión activa de la enfermedad.

- **Aumentar los esfuerzos para alcanzar coberturas de vacunación en poblaciones reticentes**, incluyendo actividades de sensibilización dirigidas a autoridades locales, líderes comunitarios y religiosos, así como a otros actores sociales y sectores gubernamentales clave, como el sector educativo. Además, llevar a cabo actividades complementarias de vacunación en las comunidades de acogida o áreas circundantes a las poblaciones reticentes para cerrar las brechas de vacunación y fortalecer la inmunidad poblacional.

Vigilancia

- Países con brotes activos:

- Activar los equipos de respuesta rápida que estén capacitados, incorporando todos los sectores relevantes.
 - Implementar la sala de situación para el análisis de los datos y toma de decisiones. Esto debe incluir el análisis detallado de los casos, incluyendo su ruta de desplazamiento y el análisis de las actividades de vacunación implementadas.
 - En zonas con transmisión comunitaria, se recomienda utilizar una definición de caso más específica (fiebre y exantema maculopapular, acompañado de tos, coriza o conjuntivitis) y documentar el cambio de definición.
 - Asimismo, para optimizar el uso de los recursos de laboratorio, utilizar las clasificaciones de caso confirmado por criterios clínicos (presencia de fiebre, exantema, tos, coriza y conjuntivitis) y nexo epidemiológico, para no demorar la implementación de las acciones de respuesta.
 - Administrar vitamina A de manera inmediata tras el diagnóstico de sarampión y repetir al día siguiente, en los niños de 6 a 59 meses de edad, independientemente de dosis previas de vitamina A que se hayan recibido. La dosis recomendada es de 50 000 UI para lactantes menores de 6 meses, 100 000 UI para lactantes de 6 a 11 meses y 200 000 UI para niños de 12 meses o más. Si el caso presenta signos oftálmicos clínicos de deficiencia de vitamina A, como manchas de Bitot, se deberá administrar una tercera dosis a las 4–6 semanas posteriores (24).
- ### - Todos los países:
- **Fortalecer la vigilancia epidemiológica** en las zonas consideradas de alto riesgo, áreas fronterizas y con silencio epidemiológico, mediante la implementación de búsquedas activas tanto en los servicios de salud como en la comunidad.
 - **Adoptar y adaptar las orientaciones recientes de la OPS** sobre la búsqueda activa de casos al aplicar esta estrategia de

vigilancia, siguiendo las recomendaciones de la Comisión Regional para sarampión, rubeola y síndrome de rubeola congénita emitidas en su reunión del 2024, disponible en español en: <https://www.paho.org/es/documentos/orientaciones-para-busqueda-activa-casos-paralisis-flacida-aguda-sarampion-rubeola> (25).

- **Obtener muestras de suero, hisopado nasofaríngeo y orina** (26) en todos los casos sospechosos de sarampión o rubeola, para la confirmación por laboratorio a través de pruebas serológicas y moleculares de RT-PCR en tiempo real, como para la secuenciación genómica con el fin de documentar el genotipo y linaje asociado con la infección.

- **Clasificar los casos sospechosos** con resultado IgM positivo considerando los criterios clínicos, epidemiológicos y de laboratorio, con participación de los delegados de vigilancia, laboratorio e inmunizaciones, además de la comisión nacional de sostenibilidad de la eliminación del sarampión y la rubéola.

Respuesta rápida

- **Revisar y -de ser necesario- ajustar los planes operativos de preparación y de respuesta rápida**, fortaleciendo la capacidad de los sistemas de salud principalmente en las áreas de riesgo mencionadas en el apartado **Vacunación**.

- **Iniciar una respuesta oportuna ante casos importados de sarampión o rubéola**, lo que incluye la activación de los equipos de respuesta rápida capacitados y la implementación de los protocolos nacionales de respuesta rápida (27, 28).

- **Establecer un manejo intrahospitalario adecuado para los casos** para evitar la transmisión nosocomial, particularmente durante brote. Esto implica mantener un flujo adecuado de referencia de pacientes en salas de aislamiento (en cualquier nivel de atención), evitando el contacto con otros pacientes en salas comunes como salas de espera y de hospitalización.

• **Capacitar al personal de salud**, con énfasis en los equipos de respuesta rápida, en la respuesta a brotes. La OPS cuenta con cursos en línea de autoaprendizaje para este fin disponibles (en español) en: 1) Respuesta rápida a brotes de sarampión y rubéola en las Américas

[https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola_\(27\)](https://campus.paho.org/es/curso/brotes-sarampion-rubeola_(27)); y 2) Brote de sarampión en la era de posteliminación: Estudio de caso. [https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampioPostEliminacion_\(28\)](https://campus.paho.org/es/curso/BroteSarampioPostEliminacion_(28)).

• **Activar las medidas administrativas** que faciliten el direccionamiento de recursos y trabajo articulado con los diferentes sectores relacionados (educación, turismo, transporte, trabajo, entre otros) para implementar las medidas de respuesta rápida a los brotes de sarampión.

Eventos masivos y viajeros internacionales

• **En relación con eventos masivos y viajeros internacionales en la Región de las Américas, considerar las siguientes recomendaciones: En relación con los viajeros Antes del viaje**

La OPS/OMS recomienda a los Estados Miembros que se aconseje a todo viajero de seis meses de edad³ o mayor que no pueda mostrar prueba de vacunación o inmunidad, que **reciba una dosis de vacuna contra el sarampión y la rubéola, al menos dos semanas antes de viajar a áreas donde se ha documentado la transmisión de sarampión o rubeola.**

Se recomienda que las autoridades de salud informen al viajero antes de su salida, sobre los signos y síntomas del sarampión y de la rubeola, los cuales incluyen:

- Fiebre,
- Exantema,
- Tos, coriza (secreción nasal) o conjuntivitis (ojos rojos),
- Dolor en las articulaciones,
- Linfadenopatía (ganglios inflamados).

Durante el viaje

Recomendar a los viajeros que si durante su viaje presentan síntomas que los haga sospechar que contrajeron sarampión o rubéola, que realicen lo siguiente:

- Buscar atención inmediatamente de un profesional de salud.

- Evitar el contacto cercano con otras personas por siete días a partir del comienzo del exantema. para reducir el riesgo de contagio (el periodo de transmisibilidad del sarampión es de cuatro días antes a cuatro días después del inicio del exantema y el periodo de transmisibilidad de la rubeola es de siete días antes hasta siete días después del inicio del exantema; dado que es difícil diferenciar entre las dos enfermedades, se recomienda utilizar el periodo más amplio). Usar mascarilla en este mismo periodo de tiempo reducirá aún más el riesgo de transmisión.

- Permanecer en el lugar donde se hospeda (por ejemplo, el hotel o domicilio, etc.), excepto para ir al médico, o según lo recomendado por el profesional de salud. Al salir, siempre usar mascarilla durante el periodo de transmisibilidad. Usar mascarilla en el lugar de hospedaje, con habitación cerrada, si convive con personas sin vacunar.

Las autoridades de salud deben tener en cuenta que **un certificado de vacunación de sarampión no es un requisito para ingreso a los países en el marco del RSI (2005).**

A su regreso

³ La dosis de vacuna contra el Sarampión, Rubeola y Parotiditis (SRP) o Sarampión y Rubeola (SR) administrada en niños de 6 a 11 meses de edad no sustituye la primera dosis del esquema recomendado a los 12 meses de edad.

- Si los viajeros sospechan que al regresar sospechan que se contagiaron de sarampión o rubéola, deben contactar con su servicio de salud e informar al médico sobre su viaje.

• Respeto a médicos y otros profesionales de salud

La OPS/OMS recomienda:

- Promover y verificar la vacunación con un esquema completo (dos dosis) contra el sarampión y la rubéola del personal del sector salud, incluyendo al personal médico, de laboratorio, administrativo, limpieza, seguridad, entre otros.
- Sensibilizar a los trabajadores de la salud del sector privado sobre la necesidad de notificación inmediata de todo caso sospechoso de sarampión o rubéola, para garantizar una respuesta oportuna de las autoridades nacionales de salud pública según las normas del sistema nacional de vigilancia y respuesta rápida a brotes.
- Recordar al personal de salud sobre la necesidad de indagar respecto a la historia de viaje de los pacientes y su antecedente de vacunación.

• Identificación y seguimiento de contacto de los casos confirmados de sarampión o rubéola

- Realizar las actividades de identificación y seguimiento de los contactos identificados y presentes en el territorio nacional, de acuerdo con las guías y directrices del país.
- Tener en cuenta las implicaciones internacionales que se puedan presentar en el seguimiento de contactos, y considerar los siguientes escenarios y aspectos operativos, en el desarrollo de estas actividades:

1. Cuando un caso es identificado por las autoridades nacionales de otro Estado Miembro y se solicita a las autoridades nacionales localizar el/los contactos cuyo lugar de residencia más probable es su país. Se insta a las autoridades nacionales para que utilicen todos los mecanismos de coordinación disponibles a fin de localizar a estas personas. La información disponible para esta acción podría ser limitada y los esfuerzos deben ser racionales y con base a los recursos existentes. Se deberá alertar a los servicios de salud ante la posibilidad de existencia de dichos contactos, con el fin de que estén atentos y puedan detectar oportunamente cualquier caso sospechoso.

2. Cuando un caso es identificado a nivel local y dependiendo del momento en que ocurre la detección en la historia natural de la enfermedad, este puede requerir:

- *Caso actual*: las autoridades nacionales deben obtener información sobre la posible fuente de infección y la ubicación de los contactos en el extranjero e informar en consecuencia a las autoridades nacionales correspondientes del país en donde se presume se infectó el caso o donde se encuentra el contacto.

- *Caso identificado retrospectivamente*: de acuerdo con la historia de viaje del caso, las autoridades nacionales deberán informar a las autoridades nacionales del país correspondiente, ya que esta situación podría constituir la primera señal de circulación del virus, o de un brote, en el otro país /países que se trate.

. Realizar búsquedas activas institucionales y comunitarias con el fin de detectar rápidamente los casos entre aquellos contactos que no han sido identificados en la investigación del brote, siguiendo la ruta de desplazamiento del (los) caso(s).

Observaciones operacionales

Para la búsqueda internacional de contactos de casos confirmados de sarampión o rubéola, se puede presentar alguno de los dos siguientes escenarios de exposición a un caso confirmado:

- **Cuando no hay involucramiento de medios de transporte internacionales (por ejemplo, aviones, cruceros, trenes)**, las autoridades nacionales deben comunicarse con su contraparte/s de los otros países a través del Centro Nacional del Enlace (CNE) para el Reglamento Sanitario Internacional (RSI) correspondiente o por medio de otros mecanismos bilaterales y multilaterales programáticos existentes, con copia al Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI. De considerarlo necesario, las autoridades nacionales podrán solicitar el apoyo del Punto de Contacto Regional de la OMS para el RSI en las Américas a fin de facilitar las comunicaciones relacionadas a la búsqueda internacional de contactos.

Continuará en el próximo Boletín...

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 30/08/25

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2024	2025	2024	2025	2024	2025*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	1	2	101	38	1.30	0.51
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	-	2	-	._**
TUBERCULOSIS	27	19	575	814	9.01	13.23
LEPRA	2	3	101	96	1.56	1.54
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	3059	2910	115338	89476	1633.13	1313.54
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	9	0.09	0.17
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	19	11	1441	792	17.56	10.00
MENINGITIS BACTERIANA	2	1	145	114	2.48	2.02
VARICELA	47	51	7499	4414	88.87	54.23
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	46	55	778	2156	14.49	41.63
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	10	6	0.10	0.06
LEPTOSPIROSIS	2	10	115	67	1.63	0.98
SÍFILIS	156	150	5478	5776	76.86	84.03
BLENORRAGIA	65	54	1704	1713	25.43	26.51
INFECC. RESP. AGUDAS	39325	41224	1722635	1815300	25930.28	28330.30

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>