



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:

Seguridad del paciente y mortalidad hospitalaria: indicadores clave y comité de mortalidad.....	41
Tablas:.....	47

SEGURIDAD DEL PACIENTE Y MORTALIDAD HOSPITALARIA: INDICADORES CLAVE Y COMITÉ DE MORTALIDAD

Jennys Peraza Bordao,¹ Milena Duque Vizcaino²

¹Departamento de Anatomía Patológica, ²Departamento de Hospitalización. Centro Hospitalario. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri" (IPK). La Habana, Cuba

INTRODUCCIÓN

La seguridad del paciente en entornos hospitalarios es un componente fundamental de la atención sanitaria moderna, ya que se busca minimizar los riesgos y daños asociados a la atención médica.

A medida que los sistemas de salud evolucionan y se vuelven más complejos, la identificación y gestión de factores que pueden comprometer la seguridad del paciente se convierten en una prioridad esencial. La implementación de políticas y prácticas encaminadas a mejorar la seguridad hospitalaria no solo beneficia a los pacientes, sino que también optimiza la calidad de la atención brindada, genera confianza en el sistema de salud y reduce los costos asociados a eventos adversos.¹⁻³ Para evaluar la eficacia de estas políticas y la calidad de la atención, se hace

imprescindible el uso de indicadores específicos que permitan medir distintos aspectos de la seguridad del paciente.

Estos indicadores proporcionan datos cuantificables sobre incidentes adversos, infecciones hospitalarias y otros eventos relacionados con la atención médica, facilitando así la identificación de áreas de mejora y el seguimiento de la evolución en la calidad de la atención.¹

Además, estos parámetros son esenciales para la transparencia en la comunicación de resultados tanto a nivel institucional como entre el público general, permitiendo un enfoque basado en evidencias para la toma de decisiones.^{1,3}

Uno de los aspectos más críticos en la evaluación de la seguridad del paciente es el análisis de la mortalidad hospitalaria.

Este puede ser un indicador de la calidad de la atención recibida, ya que refleja no solo la gravedad de las condiciones de los pacientes admitidos, sino también la eficacia de los tratamientos y la respuesta del personal médico ante situaciones críticas.⁴ La evaluación de la mortalidad debe ir más allá de simplemente contabilizar fallecimientos; implica analizar las circunstancias que los rodean, identificar patrones y establecer relaciones causales que permitan comprender mejor los factores que contribuyen a estos desenlaces.^{1,2,5}

En este contexto, el papel del Comité de Evaluación de Mortalidad Hospitalaria (CEMH) se vuelve indispensable. Este comité tiene la responsabilidad de revisar, analizar y discutir los casos de mortalidad en el hospital, asegurando un enfoque sistemático en la identificación de oportunidades de mejora. Su trabajo no solo permite abordar las deficiencias en la atención y los procesos clínicos, sino que también promueve la cultura de la seguridad entre el personal de salud. Fomentar un ambiente donde la seguridad del paciente sea prioridad es esencial para lograr mejoras continuas en la calidad de la atención y disminuir la mortalidad evitable en entornos hospitalarios.^{2,6}

La presente revisión surge ante la necesidad de fomentar la cultura de seguridad en el personal médico y paramédico, para que todos se sientan responsables de la seguridad del paciente, se fomente la comunicación abierta sobre los errores, se promueva la colaboración entre los distintos miembros de los equipos de salud y se cumplan las políticas y protocolos más recientes relacionados con la seguridad del paciente y la gestión de riesgos.

Este trabajo tiene como objetivo resaltar las estadísticas relevantes sobre la seguridad del paciente, ofrecer recomendaciones basadas en las guías de la OMS, así como los indicadores que permiten evaluar la seguridad del paciente en hospitales, los indicadores de mortalidad y el papel del Comité de evaluación de mortalidad hospitalaria (CEMH).

DESARROLLO

Datos sobre la seguridad del paciente

La seguridad del paciente es un componente esencial de la atención sanitaria que garantiza

que los pacientes reciban cuidados sin riesgos innecesarios.

Se estima que uno de cada diez pacientes sufre daño mientras recibe atención médica en hospitales, lo que subraya la urgencia de abordar esta problemática.⁷

La OMS ha documentado que, a nivel mundial, aproximadamente 3 millones de muertes cada año se pueden atribuir a eventos adversos relacionados con la atención médica.^{4,7} Los errores de medicación, infecciones adquiridas en el hospital y complicaciones quirúrgicas son algunas de las causas más comunes de daño a los pacientes.⁴

Adicionalmente, el informe de la OMS de 2019 señala que las infecciones nosocomiales afectan a 7 de cada 100 pacientes hospitalizados en países desarrollados y hasta a 15 de cada 100 en países en desarrollo.¹

Se ha calculado que, cada año, los daños causados a los pacientes reducen hasta el 0,7% el crecimiento económico mundial, y sus costos indirectos equivalen anualmente a varios billones de dólares estadounidenses.^{7,8}

Recomendaciones de la OMS para la seguridad del paciente en ambientes hospitalarios

La OMS ha desarrollado múltiples estrategias y recomendaciones para mejorar la seguridad del paciente que incluyen:^{1,9}

1. Cultura de seguridad: promover una cultura de seguridad que fomente la comunicación abierta, el aprendizaje de los errores y la participación de todos los niveles del personal. Esto implica crear un entorno donde los empleados se sientan seguros al reportar incidentes y proponer mejoras.
2. Identificación y resolución de riesgos: implementar procedimientos para identificar y evaluar riesgos potenciales para los pacientes. Esto incluye la realización de auditorías y revisiones periódicas de prácticas y procesos clínicos.
3. Mejoras en la comunicación: fortalecer la comunicación entre los equipos de atención médica y con los pacientes. Esto implica garantizar que la información relevante sobre el tratamiento y los cuidados se comparta de manera clara y efectiva.

4. Participación del paciente y la familia: fomentar la participación activa de los pacientes y sus familias en su propia atención. Esto puede incluir educación sobre su tratamiento y derechos, así como involucrarlos en decisiones sobre su cuidado.

5. Prevención de infecciones: implementar medidas efectivas de control de infecciones, como prácticas adecuadas de higiene de manos, uso de equipos de protección personal y seguimiento de protocolos de limpieza y desinfección.

6. Uso seguro de medicamentos: establecer protocolos claros para la prescripción, administración y manejo de medicamentos, incluyendo el uso de tecnologías como la verificación electrónica de medicamentos.

7. Cirugías seguras: adoptar la "Lista de verificación de cirugía segura" de la OMS, que ayuda a prevenir errores quirúrgicos y mejora la comunicación en el equipo quirúrgico.¹⁰

8. Formación y capacitación continua: proporcionar capacitación regular al personal de salud sobre prácticas seguras y actualización en estándares, procedimientos y tecnologías.

9. Recolección y análisis de datos: establecer sistemas para el reporte y análisis de incidentes adversos, lo que permite identificar tendencias y áreas de mejora.⁶

10. Normas y políticas: desarrollar y aplicar políticas y procedimientos claros que respalden la seguridad del paciente y aseguren el cumplimiento de normas éticas y legales.^{1,9}

La seguridad del paciente en hospitales es una prioridad crítica que requiere atención y acción continua. Las estadísticas alarmantes sobre el daño a los pacientes subrayan la necesidad de adoptar enérgicamente las recomendaciones de la OMS. Al implementar estas estrategias, los hospitales pueden avanzar hacia un entorno más seguro y efectivo para los pacientes, reduciendo así la incidencia de eventos adversos y mejorando la calidad de la atención.^{1,9}

Indicadores para evaluar la seguridad del paciente en hospitales

La OMS ha identificado varios indicadores clave para evaluar la seguridad del paciente en hospitales. Estos indicadores son esenciales para medir y mejorar la calidad de la atención médica y pueden incluir:

1. Tasa de infecciones asociadas a la asistencia sanitaria: Mide la frecuencia de infecciones

adquiridas en el hospital, como infecciones del tracto urinario, neumonías y sepsis. Un enfoque en la prevención de estas infecciones es crucial.^{1,11,12}

2. Eventos adversos relacionados con medicamentos: Evalúa la ocurrencia de errores en la administración de medicamentos, incluyendo prescripciones incorrectas, dosificaciones erróneas o reacciones adversas a medicamentos.^{1,11,13}

3. Complicaciones quirúrgicas: Se refiere a la tasa de complicaciones que ocurren durante o después de procedimientos quirúrgicos, como hemorragias, infecciones o eventos relacionados con la anestesia.^{1,11,14}

4. Reingresos hospitalarios: Esta métrica mide la cantidad de pacientes que deben ser readmitidos en el hospital dentro de un periodo determinado después de recibir atención inicial, lo que puede indicar problemas en la atención o en el seguimiento postoperatorio.^{1,15,16}

5. Tasa de mortalidad evitable: Mide la cantidad de muertes que podrían haberse prevenido con un adecuado estándar de atención. Esto incluye eventos adversos que resultan en la muerte del paciente.^{11,17,18}

6. Errores en la identificación de pacientes: Este indicador se centra en la frecuencia con la que hay confusiones en la identificación de pacientes, lo que puede llevar a errores graves en el tratamiento y la administración de medicamentos.^{1,11,19,20}

7. Satisfacción del paciente: Evalúa la percepción y experiencia del paciente respecto a la atención recibida, lo que puede reflejar la seguridad y calidad en el servicio.^{11,21,22}

8. Cumplimiento de protocolos de seguridad: Mide cómo los hospitales siguen las prácticas recomendadas, como el uso de listas de verificación quirúrgicas, protocolos de higiene y medidas de prevención de caídas.^{10,11}

9. Tiempo de espera para atención: Evalúa el tiempo que los pacientes deben esperar antes de recibir atención, lo cual puede influir en su seguridad y en la calidad de la atención.^{11,23,24}

10. Registro de incidentes críticos: Analiza la cantidad de incidentes críticos reportados, que son eventos donde se produjo un daño significativo al paciente, lo que permite identificar áreas de mejora.^{11,24}

Estos indicadores son herramientas valiosas para los hospitales y organizaciones de salud, ya que permiten monitorear y mejorar la seguridad del paciente, identificar áreas problemáticas y realizar cambios en las prácticas clínicas para reducir los riesgos asociados con la atención médica. La implementación de sistemas de evaluación y monitoreo es esencial para promover un entorno de atención más seguro y efectivo.^{10,11,25}

Indicadores de evaluación de mortalidad hospitalaria

Los indicadores de calidad relacionados con la mortalidad son útiles también para evaluar la seguridad del paciente en hospitales. Estos indicadores pueden proporcionar información valiosa sobre la calidad de la atención médica y ayudar a identificar áreas donde se pueden realizar mejoras.^{6,26} A continuación, se describen algunas formas en que estos indicadores son relevantes:

1. **Mortalidad evitable:** Este indicador se refiere a aquellas muertes que podrían haberse prevenido con un adecuado nivel de atención. Analizar las tasas de mortalidad evitable puede ofrecer perspectivas sobre deficiencias en la atención, como fallos en la prevención, diagnóstico o tratamiento de enfermedades.^{17,26}
2. **Tasa de mortalidad hospitalaria:** Mide el porcentaje de pacientes que fallecen durante su estadía en el hospital. Aunque esta cifra puede verse afectada por factores como la gravedad de la enfermedad y la población atendida, las tasas de mortalidad anormales pueden indicar problemas en la calidad de la atención.^{27,28}
3. **Índices de mortalidad específicos de procedimientos:** Evalúan la mortalidad relacionada con ciertos procedimientos quirúrgicos o tratamientos específicos. Comparar estas tasas con estándares de referencia puede ayudar a identificar prácticas seguras y efectivas.²⁶
4. **Análisis de causas de mortalidad:** El examen de las causas de muerte dentro del hospital permite identificar patrones o problemas recurrentes que puedan ser abordados para mejorar la seguridad del paciente.²⁶
5. **Resultados en pacientes de alto riesgo:** Evaluar la mortalidad en poblaciones de pacientes más vulnerables (por ejemplo, personas mayores o con condiciones comórbidas) puede revelar cómo el sistema de atención maneja situaciones complejas y peligrosas.²⁶

6. **Comparaciones entre instituciones:** Los indicadores de mortalidad permiten comparar la calidad de atención entre diferentes hospitales. Las diferencias significativas pueden sugerir variaciones en la seguridad del paciente y la calidad de la atención.²

7. **Seguimiento de tendencias a largo plazo:** Monitorear las tasas de mortalidad a lo largo del tiempo ayuda a los hospitales a evaluar el impacto de las intervenciones y cambios en la práctica clínica destinados a mejorar la seguridad del paciente.²

La interpretación de las tasas de mortalidad debe hacerse en contexto, considerando factores como las características de la población, la complejidad de los casos tratados y el entorno de atención.²⁶ La integración de estos indicadores de mortalidad con otros datos sobre seguridad y calidad del cuidado proporciona una imagen más completa y útil para la mejora continua en la atención de salud.⁶

Comité de evaluación de mortalidad hospitalaria

El CEMH es un órgano fundamental dentro de las instituciones de salud. Su misión y funciones son cruciales para la mejora continua de la calidad de la atención médica y la seguridad del paciente.

La misión de este comité es analizar, evaluar y mejorar los procesos relacionados con la atención de los pacientes que resultan en mortalidad dentro de la institución. Ello incluye identificar causas directas e indirectas de la mortalidad y desarrollar estrategias para prevenir futuros eventos adversos, garantizando así la mejora de la calidad del servicio y la seguridad del paciente.²⁷⁻²⁹ El CEMH tiene un papel proactivo en la identificación de áreas de mejora y en la implementación de estrategias para elevar la calidad del cuidado brindado a los pacientes. Su trabajo no solo ayuda a comprender mejor los factores asociados con la mortalidad, sino que también busca transformar esos conocimientos en acciones concretas que beneficien a todos los usuarios de la atención en salud.^{29,30}

La implementación y sostenibilidad en el funcionamiento de un CEMH en un hospital es indispensable pues contribuye tanto a la calidad de atención como a la seguridad del paciente. Su labor no solo proporciona una oportunidad para revisar, aprender y mejorar la atención, sino que también impacta positivamente en los resultados de salud de los pacientes.

Al centrarse en la evaluación rigurosa de la mortalidad y su relación con la atención brindada, estos comités juegan un papel crucial en la lucha contra las enfermedades, mejorando la vida de los pacientes y optimizando la calidad de la atención.^{29,30}

Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Patient safety, 2023. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/patient-safety>
2. Domínguez L, Enríquez P, Alvarez P, de Frutos M, Sagredo V, Domínguez A, et al. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustada por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención de pacientes en Unidades de Cuidados Intensivos. *Med Intensiva*. 2008;32(1):8-14. [https://doi.org/10.1016/s0210-5691\(08\)70897-0](https://doi.org/10.1016/s0210-5691(08)70897-0).
3. Azyabi A, Karwowski W, Davahli MR. Assessing Patient Safety Culture in Hospital Settings. *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(5):2466. <https://doi.org/10.3390/ijerph18052466>.
4. Dall'Ora C, Saville C, Rubbo B, Turner L, Jones J, Griffiths. Nurse staffing levels and patient outcomes: a systematic review of longitudinal studies. *Int J Nursing Studies*. 2022;134. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2022.104311>.
5. Schonfeld MS, Harter M, Schroder AS, Kokartis K, Bartz HJ, Kriston L. Implementation of hospital mortality reviews: a systematic review. *J Patient Saf*. 2024;20(2):138-46. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000001187>
6. Bates DW, Levine DM, Salmasian H, Syrowatka A, Shahian DM, Lipsitz S, et al. The safety of inpatient health care. *N Engl J Med*. 2023;388(2):142-53. <https://doi.org/10.1056/NEJMSa2206117>.
7. Slawomirski L, Klazinga N. The economics of patient safety: from analysis to action. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2020 Disponible en: <http://www.oecd.org/health/health-systems/Economics-of-Patient-Safety-October-2020.pdf>.
8. Slawomirski L, Aaraen A, Klazinga N. The economics of patient safety: strengthening a value-based approach to reducing patient harm at national level. Documentos de trabajo de la OCDE sobre salud, n.º 96. París: Organización de Cooperación y Desarrollo Económicos; 2017. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/5a9858cd-en>.
9. Organización Mundial de la Salud. WHO Patient Safety Curriculum Guide for Medical Schools, 2009. Disponible en: <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/feadfc6c-7984-4d00-acb6-336a422bd8b9/content>.
10. GlobalSurg Collaborative. Pooled analysis of WHO surgical safety checklist use and mortality after emergency laparotomy. *Br J Surg*. 2019;106(2):e103-12. <https://doi.org/10.1002/bjs.11051>.
11. Hadian SA, Rezayatmand R, Shaarbafchizadeh N, Ketabi S, Pourghaderi AR. Hospital performance evaluation indicators: a scoping review. *BMC Health Serv Res*. 2024;24(1):561. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10940-1>.
12. Raoofi S, Kan FP, Rafiei S, Hosseinipalangi Z, Mejareh ZN, Khani S et al. Global prevalence of nosocomial infection: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2023;18(1):e0274248. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0274248>.
13. Alshakrah MA, Steinke DT, Lewis PJ. Patient prioritization for pharmaceutical care in hospital: a systematic review of assessment tools. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(6):767-79. <https://doi.org/10.1016/j.sapharm.218.09.009>.
14. Duclos A, Frits ML, Iannaccone C, Lipsitz SR, Cooper Z, Weissman JS, Bates DW. Safety of inpatient care in surgical settings: cohort study. *BMJ*. 2024;387:e080480. <https://doi.org/10.1136/bmj-2024-080480>.
15. Savoy M, Davis J, Bittner-Fagan H. Improving patient safety: prevention of hospital readmission. *FP Essent*. 2017;463:21-6. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29210556/>.
16. Shahid R, Shoker M, Chu LM, Frehlick R, Ward H, Pahwa P. Impact of low health literacy on patients' health outcomes: a multicenter cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):1148. <https://doi.org/10.1186/s12913-022-08527-9>.

17. Rodwin BA, Bilan VP, Merchant NB, Steffens CG, Grimshaw AA, Bastian LA, et al. Rate of preventable mortality in hospitalized patients: a systematic review and meta-analysis. *J Gen Intern Med.* 2020;35(7):2099-2106.<https://doi.org/10.1007/s11606-019-05592-5>
18. Ketola S, Yliharsila H, Nieminen P, Rauhala A, Ikonen TS. Preventable in-hospital deaths and years of life lost were uncommon among patients in a Finnish secondary teaching hospital. *Arch Public Health.* 2025;83(85):1-11. <https://doi.org/10.1186/s13690-025-01519-1>.
19. Cohen R, Ning S, Yan MTS, Callum J. Transfusion safety: the nature and outcomes of errors in patient registration. *Transfus Med Rev.* 2019;33(2):78-83 <https://doi.org/10.1016/j.tmr.2018.11.004>.
20. Maul J, Straub J. Assessment of the use of patient vital sign data for preventing misidentification and medical errors. *Healthcare (Basel).* 2022;10(12):2440. <https://doi.org/10.3390/healthcare10122440>.
21. Cuarón JJ, McBride S, Chino F, Parikh D, Kollmeier M, Pastrana G, et al. Patient safety and satisfaction with fully remote management of radiation oncology care. *JAMA Netw Open.* 2024;7(6):e2416570. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2024.16570>.
22. Botchwey CO, Boateng AA, Ahimah PO, Acquah F, Adoma PO, Kumah E, et al. Patient safety culture and satisfaction in Ghana: a facility-based cross-sectional study. *BMJ Open.* 2024;14(1):e073190. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073190>.
23. Ahmad BA, Khairatul K, Fernaza A. An assessment of patient waiting and consultation time in a primary healthcare clinic. *Malays Fam Physician.* 2017;12(1):14-21. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC5420318/>.
24. AlSabri M, Boudi Z, Zoubeydi T, Alfaki IA, Levy P, Oneyji C, et al. Analysis of risk factors for patient safety events occurring in the Emergency department. *J Patient Saf.* 2022;18(1):e124-35. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000715>.
25. Singh HP, Durani P, Dias JJ. Enhanced morbidity and mortality meeting and patient safety education for specialty trainees. *J Patient Saf.* 2019;15(1):37-48. <https://doi.org/10.1097/PTS.0000000000000208>.
26. Liang CY, Kornas K, Bornbaum C, Shuldiner J, De Prophetis E, Buajitti E, et al. Mortality-based indicators for measuring health system performance and population in high-income countries: a systematic review. *IJQHC Communications.* 2023;3(2):lyad010. <https://doi.org/10.1093/ijcoms/lyad010>.
27. Rué Monné M, Roqué Fíguls M, Mestre Saura J, Artigas Raventós A, Bonfill Cosp X. Mortalidad y estancia hospitalaria ajustadas por gravedad como indicadores de efectividad y eficiencia de la atención a pacientes en estado crítico. *Med Clin (Barc).* 1997;108(17):647-51. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9312581/>.
27. Ygualada Correa Y, Hurtado de Mendoza Amat J, Montero González T. Beneficios de las reuniones derivadas de la autopsia en el control de la calidad asistencial. *Rev Cubana Med Militar.* 2013;42(2):251-54. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v42n2/mil14213.pdf>.
28. Bimerew M, Getie A, Gebreegziabher Araya F, Dessalegn N, Wondmienen A, Ayalneh M. In-hospital mortality among neonates with necrotizing enterocolitis in Ethiopia: a systematic review and meta-analysis. *MBJ Open.* 2024;14(12):e084003. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-084003>.
28. Miceli INP. Análisis de la mortalidad hospitalaria. *Medicina (B Aires).* 2013;73(2):183-6. Disponible en: <https://www.scielo.org.ar/pdf/medba/v73n2/v73n2a17.pdf>.
29. Soucise A, Shekher R, Faller J, Keppel D, Anthony G, Dexter E, Chowdhry VK. Mortality Review Committee: Understanding Inpatient and 30-Day Mortality at a Comprehensive Cancer Center. *J Palliat Med.* 2024;27(12):1598-1605. <https://doi.org/10.1089/jpm.2024.0158>.
30. Offidani C, Lodise M, Gatto V, Frati P, D'Errico S, Atti MLCD, Raponi M. Improve Healthcare Quality Through Mortality Committee: Retrospective Analysis of Bambino Gesù Children Hospital's Ten Years' Experience 2008-2017. *Curr Pharm Biotechnol.* 2019;20(8):635-642. <https://doi.org/10.2174/1389201020666190211124436>.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Hepatitis
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 14/02/26

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026 *
PINAR DEL RIO	4	-	10	-	23.25	23.25**
ARTEMISA	-	4	-	13	3.06	3.06**
MAYABEQUE	2	-	8	25	48.61	157.62
LA HABANA	56	9	255	156	95.57	62.12
MATANZAS	-	9	37	67	27.17	51.16
VILLA CLARA	1	1	34	17	67.59	35.24
CIENFUEGOS	-	-	-	-	-	-**
S. SPIRITUS	7	-	37	-	14.96	14.96**
CIEGO DE AVILA	-	4	-	44	2.35	2.35**
CAMAGÜEY	3	-	21	42	26.51	55.01
LAS TUNAS	2	3	5	5	12.83	13.20
HOLGUIN	-	-	3	2	0.65	0.44
GRANMA	2	-	2	-	3.68	3.68**
SANTIAGO DE CUBA	2	11	15	32	16.45	35.83
GUANTANAMO	-	6	3	13	6.54	28.90
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	-	-	1.34	1.34**
CUBA	79	47	430	416	31.80	31.90

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.

Algunos tipos de brotes notificados al SID. Cuba, hasta: 19/02/26

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026
Alimentos	-	-	1	-	0.01	-
Ciguatera *	-	-	-	-	-	-
Hepatitis viral **	-	1	7	8	0.07	0.08
EDA	-	-	-	-	-	-
IRA	-	-	-	2	-	0.02
Agua	-	-	-	-	-	-
Varicela	-	-	6	4	0.06	0.04

Fuente: Sistema de Información Directo. Tasa x 100 000 habitantes, acumulada y ajustada al período.

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 14/02/26

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	1	-	10	9	0.53	0.49
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	2	-	0.03	0.03**
TUBERCULOSIS	10	27	131	167	11.08	14.64
LEPRA	3	3	14	8	1.30	0.77
TOSFERINA	-	-	1	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2240	2218	14627	16105	1492.89	1704.20
M. MENINGOCÓCCICA.	1	-	1	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	18	6	119	46	10.57	4.24
MENINGITIS BACTERIANA	4	4	20	23	1.82	2.17
VARICELA	161	91	853	526	54.06	34.56
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	79	47	430	501	31.80	38.41
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	-	0.06	0.06**
LEPTOSPIROSIS	1	-	3	2	1.04	0.72
SÍFILIS	137	112	832	606	76.14	57.50
BLENORRAGIA	43	21	258	169	22.90	15.55
INFECC. RESP. AGUDAS	55165	54975	329883	327354	26521.62	27286.42

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>