



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:

14 de abril: día mundial de la enfermedad de Chagas.....	57
La fiebre amarilla: desafíos para la salud pública en Cuba.....	60
Tablas:.....	64

14 DE ABRIL: DÍA MUNDIAL DE LA ENFERMEDAD DE CHAGAS

Dr. C. Lianet Monzote Fidalgo¹, M. Sc. Niurka Esmirna Tamayo Pérez¹, Dr. C. Jorge Fraga Nodarse².

- (1) Departamento de Parasitología. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", La Habana, Cuba.
- (2) Departamento de Ciencia e Innovación. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri", La Habana, Cuba.

A partir de 2020, se conmemora el 14 de abril de cada año el «Día Mundial de la Enfermedad de Chagas», fecha oficializada el 16 de mayo de 2019 por la Asamblea Mundial de la Salud a partir de la propuesta realizada por la Federación Internacional de Asociaciones de Personas Afectadas por la Enfermedad de Chagas (FINDECHAGAS).

Esta decisión se tomó para dar visibilidad a un padecimiento afecta a millones de personas y que se encuentra en la lista de Enfermedades Tropicales Desatendidas de la Organización Mundial de la Salud (OMS). ⁽¹⁾ Este día fue propuesto en honor al Dr. Carlos Ribeiro Justiniano Chagas, médico brasileño que realizó

el primer diagnóstico de la enfermedad en una niña de 2 años en el año 1909. ⁽²⁾

La Enfermedad de Chagas, también conocida como Tripanosomiasis Americana, es causada por el parásito protozooario *Trypanosoma cruzi* (familia Trypanosomatidae). El principal mecanismo de transmisión es a través de las heces infectadas de insectos hematófagos (conocidos comúnmente como "chinches besuconas") de la subfamilia Triatominae. El parásito puede transmitirse, además, a través de transfusiones de sangre, trasplante de órganos, verticalmente de la madre al hijo durante el embarazo y por ingestión accidental de alimentos contaminados con *T. cruzi*. ^(3,4)

La infección tiene una fisiopatología compleja y una presentación clínica variable. La fase aguda se caracteriza por una parasitemia elevada y, en la mayoría de los casos, es asintomática. Sin embargo, pueden presentarse en esta fase algunas manifestaciones clínicas, que pueden incluir fiebre prolongada, cefalea, mialgia, linfadenitis, hepatomegalia y esplenomegalia, suelen cesar en 60 días incluso sin tratamiento.

⁽⁵⁾ Durante la fase crónica, la infección permanece clínicamente silenciosa de por vida en el 60 al 70 % de los casos, caracterizando la forma asintomática o indeterminada. ⁽⁶⁾ Sin embargo, después de 10 a 30 años, el 30 al 40 % de los pacientes desarrollarán manifestaciones clínicas específicas de la parasitosis, entre ellas predominan la cardíaca, digestiva o incluso la cardiodigestiva, o en raras ocasiones la neurológica. ⁽⁷⁾ El diagnóstico de la enfermedad puede realizarse en cualquier etapa, aunque implica el análisis de datos clínicos, epidemiológicos y de laboratorio. A pesar de las notables investigaciones relacionadas con la farmacología de la tripanosomiosis en las últimas décadas, aún no existe un tratamiento eficaz con resultados totalmente satisfactorios para todas las fases de la enfermedad. Solo dos medicamentos son recomendados por la OMS, fundamentalmente en la etapa inicial de la infección: el nifurtimox (del grupo de los netrofuranos) y el benznidazol (del grupo de los nitromidazoles). ^(8,9)

Actualmente, se estima que entre 7 y 8 millones de personas están infectadas con *T. cruzi*, y más de 70 millones de personas viven en áreas de riesgo, siendo endémica de 21 países de América Latina. Después de su descubrimiento, la enfermedad permaneció durante muchas décadas como una parasitosis exclusivamente rural asociada con aspectos sociales de pobreza en áreas de América Latina. No obstante, en las últimas décadas se ha convertido en un problema de salud global. Esto se debe a la migración de personas infectadas con *T. cruzi* desde países endémicos a Norteamérica, Europa y la región

del Pacífico occidental, donde las transfusiones de sangre han jugado un papel fundamental para la transmisión del parásito. ⁽⁹⁾

En Cuba, no se han reportado casos autóctonos de tripanosomiosis. Sin embargo, existe el riesgo de la transmisión vectorial al encontrarse en la isla cuatro especies de triatomíneos: *Triatoma flavida* (Neiva, 1911), *Triatoma bruneri* (Usinger, 1944), *Bolboderia scabrosa* (Valdés, 1990) y *Triatoma rubrofasciata* (De Geer, 1973). ⁽¹⁰⁾ La última especie es un reconocido vector cosmopolita y junto con *T. flavida*, probados transmisores de *T. cruzi*, capaces de infectar seres humanos. ⁽¹⁰⁾ El actual movimiento de ciudadanos cubanos a través de las misiones de colaboración internacional y de turismo a países donde es endémica la enfermedad, así como el flujo de estudiantes de Latinoamérica a distintas escuelas del país donde residen por largos períodos de tiempo, son factores que resultan de interés y condicionantes para la transmisión autóctona en el contexto nacional.

En el Laboratorio Nacional de Referencia de *Leishmania* y *Trypanosoma* del Departamento de Parasitología, Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, se han desarrollado métodos moleculares de alta especificidad y sensibilidad para la detección de *T. cruzi* y otras especies del género *Trypanosoma*. ^(11,12) Estos, combinados con las pruebas serológicas disponibles comercialmente, garantizan el diagnóstico de los casos sospechosos. Estos esfuerzos se han combinado además con investigaciones estratégicas que responden a líneas priorizadas por la OMS, que incluyen: (i) introducción y desarrollo de herramientas moleculares para el diagnóstico y la tipificación de los linajes del parásito en muestras de pacientes, vectores y reservorios, (ii) estudios filogenéticos de la familia Trypanosomatidae, y (iii) la búsqueda de alternativas terapéuticas basada fundamentalmente en productos naturales. De esta forma, Cuba también contribuye a brindar soluciones ante esta parasitosis.

Con una fisiopatología compleja y un perfil epidemiológico dinámico, la Enfermedad de Chagas sigue siendo un importante problema de salud pública en países endémicos y una enfermedad emergente en países no endémicos. La fecha de la presente celebración pretende sensibilizar sobre la Enfermedad de Chagas, promover el acceso a diagnósticos y tratamientos, y reconocer la lucha contra la misma realizada por médicos, investigadores y diferentes organizaciones internacionales y de aquellos países endémicos. A pesar de ser una enfermedad exótica para Cuba, en la actualidad es creciente la necesidad de un mayor conocimiento de sus características, diagnóstico, prevención y tratamiento debido a su relevancia histórica, clínica y epidemiológica.⁽¹⁾

Referencias bibliográficas

1. ASAMBLEA MUNDIAL DE LA SALUD A72/55 Rev.1 72.^a - Punto 19 del orden del día provisional. (<http://www.apps.who.int>.) Consultado el 25 de marzo de 2026.
2. Chagas C. Nova tripanozomíase humana: estudos sobre a morfologia e o ciclo evolutivo do *Schizotrypanum cruzi* n. gen, n sp, agente etiológico de nova entidade morbida do homem. Mem Inst Oswaldo Cruz. 1909;1:159–218.
3. Navarro M, Reguero L, Subirà C, Blazquez-Pérez A, Requena-Méndez A. Estimating chagas disease prevalence and number of underdiagnosed, and undertreated individuals in Spain. Travel Med. Infect. Dis. 2022;47:102284.
4. Ferreira MdS, Maldonado RA, Farani PSG. Chagas Disease in the 21st Century: Global Spread, Ecological Shifts, and Research Frontiers. Biology 2025;14:1631.
5. Barrett MP, Burchmore RJ, Stich A, Lazzari JO, Frasch AC, Cazzulo JJ, et al. The trypanosomiasis. Lancet. 2003;362:1469–80.
6. Rassi A, Marin-Neto JA. Chagas disease. Lancet. 2010;375:1388–402.
7. Marin-Neto JA, Simões MV, Sarabanda ÁVL. Chagas' heart disease. 1999;72:247–63.
8. Maguire BJ, Dahal P, Rashan S, Ngu R, Boon A, Forsyth C, et al. The Chagas disease study landscape: A systematic review of clinical and observational antiparasitic treatment studies to assess the potential for establishing an individual participant-level data platform. PLoS Negl Trop Dis 2021;15:e0009697.
9. Lidani KCF, Andrade FA, Bavia L, Damasceno FS, Beltrame MH, Messias-Reason IJ, et al. Chagas Disease: From Discovery to a Worldwide Health Problem. Front. Public Health 2019;7:166.
10. Fraga J, Rodríguez J, Fuentes O, Castex M, Fernández-Calienes A. Variabilidad genética de poblaciones de *Triatoma flavida* (Hemiptera: Reduviidae) en la península de Guanahacabibes. Rev Cubana Med Trop 2009;61:88-96.
11. Fraga J, Fernandez-Calienes A, Montalvo AM, Maes I, Dujardin JC, Van der Auwera G. Differentiation between *Trypanosoma cruzi* and *Trypanosoma rangeli* using heat-shock protein 70 polymorphisms. Trop Med Int Health 2014;19:195-206.
12. Fraga J, Fernández-Calienes A, Montalvo AM, Maes I, Deborggraeve S, Büscher P, et al. Phylogenetic analysis of the *Trypanosoma* genus based on the heat-shock protein 70 gene. Infect Genet Evol 2016;43:165-72.

LA FIEBRE AMARILLA: DESAFÍOS PARA LA SALUD PÚBLICA EN CUBA

Autores: Lic. Yira Núñez Cruz; Lic. Maria Fernanda Torner Padrón; Lic. Camila Esthefania Martínez Rodríguez; Dr. Erifran Hidalgo Garces; Dra. Laura Olga Carbó Mena; Lic. Carlos Rey Centeno Frómeta; Dra. Yamisleydis Ruiz Marache; Lic. Yaumara; Dra. Elba Cruz Rodríguez, MS. c.; Dra. Belkys María Galindo Santana.

Departamento de Epidemiología. Centro de Investigación, Diagnóstico y Referencia. Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kourí”.

Panorama general y reemergencia de la fiebre amarilla

La fiebre amarilla (FA) es una enfermedad epidemiológica, de etiología viral transmitida por la picadura de mosquitos infectados que, en casos graves, produce fiebre hemorrágica con una letalidad de entre el 20 % y el 50 %.^[1] En las últimas décadas, se ha transformado en una amenaza reemergente para la salud pública, debido a la deforestación, la urbanización descontrolada y el cambio climático. Se estima que afecta a más de 200 000 personas anualmente en las regiones tropicales de África, América del Sur y Centroamérica, con al menos 30 000 defunciones. Existen 47 países endémicos, de ellos 34 en el continente africano, que contribuyen con más del 90 % de la morbilidad y mortalidad por fiebre amarilla en el planeta.^[2] En el último año 2025, la situación en las Américas se tornó alarmante: se confirmaron 346 casos humanos en siete países, con una letalidad del 41 %.^[3] Ocasionalmente, quienes viajan a países donde la enfermedad es endémica pueden importarla a países donde no hay fiebre amarilla.^[4]

Ciclos de Transmisión del Virus

El virus de la fiebre amarilla se transmite por mosquitos infectados. Las diferentes especies de mosquitos viven en diferentes hábitats. Algunos se reproducen alrededor de las casas (domésticos), otros en la selva (silvestres) y algunos en ambos hábitats (semi-domésticos).

Se reconocen tres ciclos de transmisión.^[5,6] (Ver tabla 1)

Para enfrentar estos riesgos, la estrategia global EYE (Eliminar las Epidemias de Fiebre Amarilla) 2017-2026 busca proteger a mil millones de personas mediante la vacunación masiva y el fortalecimiento de la respuesta rápida.^[7] Dado que los primates no humanos son el reservorio principal, el virus se transmite de monos a humanos cuando las actividades laborales o recreativas invaden su ecosistema.^[8] Innovaciones como el método Wolbachia están en estudio para reducir la capacidad del mosquito de transmitir virus como la FA, el dengue y el Zika.^[9]

Presentación Clínica y Vacunación

Clínicamente, la infección puede cursar por tres periodos: infección (fiebre, cefalea), remisión (desaparición de síntomas por 2 a 48 horas) e intoxicación (insuficiencia hepática, renal y manifestaciones hemorrágicas).^[10-12]

La vacunación es la única medida preventiva definitiva. Se encuentran disponibles dos vacunas de virus vivos atenuados como YF-VAX® o Stamaril®.^[13] Generalmente, una sola dosis es segura y proporciona protección de por vida contra el virus. La inmunidad es altamente efectiva, alcanzando al 80-100 % de los vacunados a los 10 días y al 99 % a los 30 días. Sin embargo, existen precauciones específicas y contraindicaciones que deben ser tenidas en cuenta.^[14-17]

Cuba ante la Amenaza de la Fiebre Amarilla

Cuba se mantiene como un país libre de fiebre amarilla desde 1904.^[18] Este hito histórico es fruto del legado de Carlos J. Finlay, el sabio cubano que demostró que el mosquito era el vector de la enfermedad, permitiendo la implementación de medidas de saneamiento eficaces. A pesar de este éxito, la reemergencia regional es una amenaza real por dos factores clave:

1. Riesgo de Introducción: El flujo constante de turistas de países endémicos y el regreso de colaboradores de salud hacia zonas de riesgo en Sudamérica y África.
2. Riesgo de Urbanización: La detección de casos selváticos cerca de centros urbanos en la región eleva la probabilidad de que el *Aedes aegypti* inicie un ciclo urbano explosivo.^[19,20]

Innovación en la Vigilancia: El enfoque "Una Salud"

Para Cuba, «una sola salud» se define como la estrategia para el logro de la salud óptima de las personas, los animales, las plantas y el ambiente (mediante acciones de prevención, control y respuesta rápida ante cualquier peligro), a través de la colaboración intersectorial y multidisciplinaria desde las comunidades hasta el nivel nacional. Adoptar un enfoque integrador en lugar de uno sectorial, invertir en investigaciones e infraestructuras interdisciplinarias, mejorar recursos para diagnóstico y vigilancia, desarrollar sistemas interoperables para el manejo de datos, fomentar el conocimiento sobre «una sola salud» entre los encargados de la toma de decisiones e implementar una estrategia de comunicación efectiva.^[21] En poblaciones mayores de 60 años, los estudios GRADE indican que, aunque existe un riesgo incrementado de enfermedad viscerotrópica asociada a la vacuna (YEL-AVD) tanto en áreas endémicas como en viajeros, la evidencia sigue siendo limitada y requiere una evaluación riesgo-beneficio individualizada por parte de los servicios de salud cubanos.^[22]

Consideraciones finales

El "silencio epidemiológico" de Cuba es un éxito de la salud pública, pero también una vulnerabilidad. Nuestra población carece de

inmunidad natural y los índices de infestación por *Aedes aegypti* son un recordatorio constante de que no es viable bajar la guardia. La vigilancia en frontera y el control de vectores no son solo tareas técnicas; son la única barrera que protege el legado de Finlay frente a un virus que ya está "saltando" de la selva a las ciudades de nuestra región.

Bibliografía

1. World Health Organization. SAGE Working Group. Background Paper on Yellow Fever Vaccine. Geneva: WHO; 19 de marzo de 2013. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/immunization/position_paper_documents/yellow-fever/1-background-paper-yellow-fever-vaccines.pdf?sfvrsn=b8ed58a9_2
2. Fila AO, Durán Morera N, Rosabal Ferrer LE. Actualización sobre fiebre amarilla en el contexto de la reemergencia de la enfermedad. Rev Cubana Salud Pública. 2021;47(3):e2244. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://revsaludpublica.sld.cu/index.php/spu/article/view/2244>
3. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Alerta Epidemiológica: Fiebre amarilla en la Región de las Américas. Washington, D.C.: OPS/OMS; 13 de marzo de 2026. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/sites/default/files/2026/03/2026-marzo-13-phe-alerta-epidemiologica-fiebre-amarilla-final-es.pdf>
4. Fila Angelina Odette, Durán Morera Noira, Rosabal Ferrer Luis Enrique. Actualización sobre fiebre amarilla en el contexto de la reemergencia de la enfermedad. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2021 Sep. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000300015
5. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico 2: Fiebre amarilla. Provincia de Santa Fe: Dpto. de Epidemiología; Mayo 2008. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.santafe.gov.ar/index.php/web/content/download/66045/320549/file/Boletin%202022%20Fiebre%20amarilla.pdf>

6. Organización Panamericana de la Salud / OMS. Fiebre amarilla [Internet]. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/fiebre-amarilla>
7. GAVI / UNICEF / OMS. Estrategia para la eliminación de epidemias de fiebre amarilla (EYE) 2017-2026. Ginebra: OMS; 2017. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/initiatives/eye-strategy>
8. Staples JE, O'Laughlin K. Fiebre amarilla. En: Libro Amarillo de los CDC: Información sanitaria para viajes internacionales. Atlanta: CDC; 2026. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/yellow-book/hcp/travel-associated-infections-diseases/yellow-fever.html>
9. World Mosquito Program. Fiebre amarilla [Internet]. 2026. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.worldmosquitoprogram.org>.
10. Organización Mundial de la Salud. Fiebre amarilla: Datos y cifras [Internet]. Ginebra: OMS; 20 de octubre de 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/yellow-fever>
11. Ministerio de Salud Pública de Ecuador. Fiebre Amarilla [Internet]. Quito: MSP; 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.salud.gob.ec/fiebre-amarilla/>
12. MedlinePlus. Fiebre amarilla: causas, etapas y síntomas [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 13 de diciembre de 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001365.htm>
13. Centers for Disease Control and Prevention. Información sobre la vacuna contra la fiebre amarilla para profesionales de la salud. Atlanta: CDC; 31 de enero de 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/yellow-fever/hcp/vaccine/index.html>
14. Centers for Disease Control and Prevention. Vacuna contra la fiebre amarilla. Atlanta: CDC; 15 de mayo de 2024. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/yellow-fever/vaccine/index.html>
15. Centers for Disease Control and Prevention. Vacuna contra la fiebre amarilla y embarazo. Atlanta: CDC; 31 de enero de 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/vaccines-pregnancy/es/about/acerca-vacunas-embarazo.html>
16. MedlinePlus Medicinas. Vacuna contra la fiebre amarilla [Internet]. Bethesda (MD): Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 15 de junio de 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/druginfo/meds/a607030-es.html>
17. World Health Organization. Vaccines and vaccination against yellow fever: WHO Position Paper – June 2013. Weekly Epidemiological Record. 2013;88(27):269-283. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer8827>
18. Ministerio de Salud Pública de Cuba. Nota informativa del Ministerio de Salud Pública. La Habana: MINSAP; 19 de enero de 2022. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <http://www.cubadebate.cu/noticias/2022/01/19/cuba-ministerio-de-salud-publica-informa-sobre-regulacion-de-la-vacuna-contra-la-fiebre-amarilla/>
19. Salazar Alvarez Y, Cruz Rodríguez E, Toledo Rodríguez GP, Galindo Santana B. Reaparece la fiebre amarilla, olvidada por todos. BOLIPK. 2017;27(29):225-230. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://files.sld.cu/ipk/files/2017/08/bol29-17.pdf>
20. Observatorio de Enfermedades Infecciosas. Nueva alerta epidemiológica por fiebre amarilla. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://observatorio.medicina.uc.cl/onueva-alerta-epidemiologica-por-fiebre-amarilla/>

21. Yuniel Labacena Romero. El enfoque de 'una salud' solo se logra con unidad. 23 de abril del 2025. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: <https://www.presidencia.gob.cu/es/noticias/el-enfoque-de-una-sola-salud-solo-se-logra-con-unidad/>

22. Ellen RaffertyA,1, Philippe DuclosB, Sergio YactayoB,2, Melanie SchusterB. SAGE

Working Group. Yellow fever vaccine viscerotropic risk in people aged 60 years and over living in endemic areas [GRADE Table]. Ginebra: OMS; 2013. [Citado el 29 de abril del 2026]. Disponible en: https://terrance.who.int/mediacentre/data/sage/SAGE_Docs_Ppt_Apr2013/5_session_yellow_fever/Apr2013_session5_risk_YF_vaccine.pdf

Tabla 1. Dinámica de los Ciclos de Transmisión de la Fiebre Amarilla

Ciclo	Reservorio	Vector Principal	Contexto de Transmisión
Selvático (jungla)	Primates no humanos (monos)	<i>Haemagogus</i> y <i>Sabethes</i>	Ocurre en selvas tropicales; el mosquito infecta a humanos (leñadores, turistas) que invaden zonas boscosas [6].
Intermedio (sabana)	Humanos y monos	<i>Aedes</i> semidomésticos (<i>Ae. furcifer</i> , etc.)	Frecuente en África; ocurre en zonas fronterizas de selva donde el mosquito pica a ambos reservorios [6].
Urbano	Humanos	<i>Aedes aegypti</i>	Un humano virémico introduce el virus en áreas densamente pobladas; transmisión de persona a persona vía el mosquito [6].

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 07/03/26

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	2	1	13	12	0.53	0.50
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	2	-	0.03	0.03**
TUBERCULOSIS	25	15	230	221	11.08	11.03
LEPRA	6	-	26	15	1.30	0.78
TOSFERINA	-	-	1	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2079	2227	21858	22382	1492.89	1584.91
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	2	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	29	12	206	69	10.57	3.67
MENINGITIS BACTERIANA	5	1	31	28	1.82	1.71
VARICELA	163	136	1352	883	54.06	36.61
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	83	89	618	754	31.80	40.23
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	1	0.06	0.06**
LEPTOSPIROSIS	1	-	5	2	1.04	0.43
SÍFILIS	182	95	1375	949	76.14	54.49
BLENORRAGIA	31	22	405	269	22.90	15.77
INFECC. RESP. AGUDAS	55743	48406	507647	480627	26521.62	26033.66

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>