



BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO SEMANAL

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:

Sífilis hoy: retos emergentes en detección, tratamiento y prevención.....	81
Virus del papiloma humano y cáncer: una relación prevenible.....	85
Tablas:.....	88

SÍFILIS HOY: RETOS EMERGENTES EN DETECCIÓN, TRATAMIENTO Y PREVENCIÓN

Autores: Lic. Yira Núñez Cruz; Lic. Camila Esthefanía Martínez Rodríguez; Lic. Maria Fernanda Torner Padrón; Dr. Erifran Hidalgo Garces, Dra. Elba Cruz Rodríguez, Dr.C.; Dra. Belkys María Galindo Santana, Dr.C.

Departamento de Epidemiología. Centro de Investigación, Diagnóstico y Referencia. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri".

La sífilis es una infección bacteriana de transmisión sexual (ITS) común y curable con tratamiento adecuado. Es causada por la espiroqueta *Treponema pallidum*, microorganismo que no puede sobrevivir por períodos prolongados fuera del cuerpo humano. Es una enfermedad sistémica con estadios sintomáticos secuenciales separados por períodos de latencia asintomática. La infección se transmite principalmente por contacto sexual directo con las llagas de una persona infectada o de madre a feto durante el embarazo.^[1, 2]

Contexto epidemiológico

La mayoría de las infecciones por la bacteria de la sífilis son asintomáticas o pasan desapercibidas para los afectados. La Organización Mundial de la Salud (OMS) calcula que, solo en el año 2022, aproximadamente 8 millones de adultos de entre 15 y 49 años contrajeron la enfermedad.^[3] Actualmente, se estima que la prevalencia mundial de la enfermedad asciende a unos 70 millones de casos.^[2, 3] Ciertos grupos, como los hombres que tienen sexo con hombres, se ven afectados de manera desproporcionada.^[3]

En la región de las Américas, las infecciones se han incrementado de manera alarmante en los últimos años. Según estimaciones para el año 2024, ocurrieron 4,2 millones de nuevos casos, lo que representa un aumento del 15 % respecto al año 2022. El 90 % de estos nuevos casos se concentran en América Latina y el Caribe. Este aumento en la población total ha generado, consecuentemente, un incremento en los casos detectados en mujeres embarazadas y en recién nacidos.^[4]

En Cuba, el Programa nacional para el control de las ITS (que incluye la sífilis) se implementa desde 1962. Debido a las acciones desarrolladas, a partir del año 2000 se produce una disminución progresiva en el reporte de casos de sífilis. En 2015, la OMS ratifica la validación de Cuba como primer país del mundo libre de transmisión materno-infantil de la sífilis, demostrando la eficacia de su sistema de cobertura universal de salud y atención primaria.^[5] Sin embargo a partir de 2012, la incidencia de la enfermedad había comenzado a aumentar de nuevo en la población. Al cierre de 2023, la tasa de incidencia de 81,0 por cien mil habitantes, es siete veces superior a la registrada en 2010.^[6]

Retos en la detección de la infección

La enfermedad progresa a través de diferentes fases si no se recibe tratamiento:

1. Sífilis Primaria: Se caracteriza por la aparición de una pequeña llaga llamada chancro, generalmente indolora, en el sitio de entrada de la bacteria. El chancro suele aparecer unas tres semanas después del contacto y sana por sí solo en un plazo de 3 a 6 semanas.^[7]

2. Sífilis Secundaria: Semanas después de que el chancro sana, puede aparecer un sarpullido que generalmente no produce picazón, localizándose clásicamente en las palmas de las manos y plantas de los pies.^[6, 7]

Otros síntomas incluyen fiebre, dolor de garganta, fatiga y aumento de los ganglios linfáticos.^[7, 8]

3. Fase Latente: Es un período donde no hay signos ni síntomas visibles de la infección.^[1, 8]

^{8]} Esta fase puede durar años y se divide en latente temprana (menos de un año de infección) y latente tardía (más de un año).^[8]

4. Sífilis Terciaria: Ocurre en aproximadamente un tercio de las personas no tratadas, años o décadas después de la infección inicial.^[8] Puede causar daños graves en el cerebro, los nervios, el corazón y los vasos sanguíneos.^[6, 8]

Las manifestaciones orales son frecuentes y varían según el estadio: en la fase primaria aparece el chancro en labios o lengua; en la secundaria, parches mucosos y lesiones papulares; y en la terciaria, gomas que pueden perforar el paladar.^[11, 12] Además de las lesiones cutáneas, la sífilis puede afectar los ojos (sífilis ocular) y los oídos (otosífilis), causando ceguera y pérdida auditiva.^[1, 12]

Sífilis congénita

Esta condición ocurre cuando el *Treponema pallidum* se transmite de la madre al feto a través de la placenta durante el embarazo o en el parto.^[9, 10] El riesgo de transmisión es mayor (60-100%) si la madre tiene sífilis primaria o secundaria no tratada.^[9] La infección puede provocar abortos espontáneos, muerte fetal, parto prematuro o muerte neonatal.^[9, 10] Los bebés que sobreviven pueden presentar síntomas precoces como rinitis, erupciones vesículoampollosas y hepatoesplenomegalia.^[9, 10] A largo plazo, pueden desarrollar secuelas como los dientes de Hutchinson, nariz en silla de montar y sordera neurosensorial.^[9, 10]

Ver las secuelas físicas en un niño es un recordatorio doloroso de que la prevención prenatal es la herramienta más valiosa.

Desafíos para el diagnóstico precoz

Existen diferentes pruebas diagnósticas para la confirmación de la infección. El *Treponema pallidum* es demasiado fino para visualizarlo con microscopia óptica, por lo que se debe emplear la microscopia de campo oscuro (permite la visualización directa de las espiroquetas en el líquido de las llagas activas).^[2, 13] De mayor utilidad para su detección son las pruebas de anticuerpos fluorescentes directos, que pueden ser:

- No Treponémicas (VDRL: Venereal Disease Research Laboratory [Laboratorio de Investigación de Enfermedades Venéreas], RPR: Rapid Plasma Reagin [Reagina Plasmática Rápida]): Son aquellas pruebas de cribado que detectan anticuerpos inespecíficos (IgM, IgG) y sirven para monitorear la respuesta al tratamiento.^[7, 13]

- Treponémicas (FTA-ABS: Fluorescent Treponemal Antibody Absorption [Prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes], TPHA: Treponema pallidum Hemagglutination Assay (Ensayo de Hemaglutinación para Treponema pallidum)): pruebas que detectan anticuerpos específicos contra la bacteria y suelen permanecer positivas de por vida, lo que se conoce como cicatriz inmunológica. Se utilizan como pruebas confirmatorias.^[7, 13]

En esencia, un resultado reactivo en una prueba treponémica descarta la posibilidad de una reacción biológica falso positivo en una prueba no treponémica. Un resultado reactivo en una prueba no treponémica seguido de un resultado reactivo en una prueba treponémica confirma el diagnóstico de sífilis.

El acceso a los laboratorios se dificulta en determinadas áreas remotas de los países en desarrollo y, el transporte de la sangre o el suero también se hace difícil. En estos casos,

se recomiendan las pruebas rápidas iniciales para definir el seguimiento del paciente.

Retos en su abordaje terapéutico

Para esta entidad la inmunidad es rara; por lo que las reinfecciones son frecuentes; y la elaboración de vacunas ha resultado sumamente difícil. Su abordaje terapéutico requiere hoy de acciones diferentes para su control, debido a la extraordinaria capacidad del *Treponema pallidum* para desarrollar resistencia a casi todos los antibióticos que se utilizan, con la falla terapéutica sub siguiente. Los medicamentos de elección, no obstante siguen siendo las penicilinas (G benzatínica).^[2, 6] Una sola inyección puede curar la sífilis temprana, mientras que la sífilis tardía requiere tres dosis semanales. Las evidencias favorecen el uso de alternativas terapéuticas como doxiciclina y ceftriaxona.^[6]

La prevención se basa en el uso correcto de condones de látex, la reducción de parejas sexuales y la realización de pruebas de detección frecuentes en poblaciones de riesgo y embarazadas.^[1, 6] Es vital que los pacientes entiendan que, aunque se curen, pueden volver a infectarse si no mantienen prácticas seguras.

Conclusiones

La sífilis continúa siendo un desafío global de salud pública. A pesar de ser una enfermedad totalmente curable, la falta de síntomas en sus etapas iniciales y la resistencia antimicrobiana a los tratamientos convencionales facilita su propagación. El éxito de Cuba en la eliminación de la transmisión vertical debe servir de modelo para la región, enfatizando que la detección temprana y el tratamiento adecuado son claves para erradicar las complicaciones graves y secuelas en la población infantil.

Bibliografía

1. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Acerca de la sífilis. Atlanta: CDC; 2024 [1-17]. <https://www.cdc.gov/syphilis/es/about/acerca-de-la-sifilis.html>
2. Morris SR. Sífilis. Manual MSD versión para profesionales. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2025 [18-108]. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/enfermedades-infecciosas/infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual/s%C3%ADfilis?query=s%C3%ADfilis>
3. Organización Mundial de la Salud. Sífilis: Datos y cifras. Ginebra: OMS; 2025 [109-123]. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/syphilis>
4. Organización Panamericana de la Salud. Sífilis en las Américas - Estimaciones 2024. Washington, D.C.: OPS/OMS; 2024 [124-144]. <https://www.paho.org/es/temas/sifilis>
5. Cubadebate. OMS reconoce a Cuba por eliminación materno-infantil del VIH y la sífilis. La Habana: Cubadebate; 2024 [145-147]. <http://www.cubadebate.cu/noticias/2026/05/19/oms-reconoce-a-cuba-por-eliminacion-materno-infantil-del-vih-y-la-sifilis/>
6. Ministerio de salud pública. Anuario estadístico de salud. Dirección de registros médicos y estadísticas de salud. La Habana, 2023 [citado 2026 Jun 26]. Disponible en: http://www.sld.cu/infosearch_simple_search?Sid=62&text=Anuario%2520estadistico%2520de%2520salud%2520Cuba%25202023
7. Pinheiro P. Syphilis (lues): what it is, symptoms and treatment. MD.Saúde; 2026 [177-212]. <https://www.mdsaude.com/es/enfermedades-infecciosas/ets/sifilis/>
8. Morris SR. Sífilis. Manual MSD versión para público general. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2025 [213-260]. <https://www.msdmanuals.com/es/hogar/infecciones/infecciones-de-transmisi%C3%B3n-sexual-its/s%C3%ADfilis>
9. De St. Maurice A. Sífilis congénita. Manual MSD versión para profesionales. Rahway, NJ: Merck & Co., Inc.; 2025 [261-294]. <https://www.msdmanuals.com/es/professional/pediatr%C3%ADa/infecciones-en-reci%C3%A9n-nacidos/s%C3%ADfilis-cong%C3%A9nita?query=s%C3%ADfilis>
10. Pinheiro P. Sífilis congénita: síntomas y tratamiento. MD.Saúde; 2026 [295-328]. <https://www.mdsaude.com/es/enfermedades-infecciosas/sifilis-congenita-precoz-tardia/>
11. Apoita Sanz M, et al. Sífilis: manifestaciones orales, revisión sistemática. Av Odontostomatol. 2020;36(3):159-173 [329-399]. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852020000300005
12. Pinheiro P. Fotos de sífilis temprana y avanzada [imágenes fuertes]. MD.Saúde; 2026 [400-420]. <https://www.mdsaude.com/es/enfermedades-infecciosas/ets/fotos-sifilis/>
13. MedlinePlus en español. Sífilis. Bethesda, MD: Biblioteca Nacional de Medicina (EE. UU.); 2024 [421-433]. <https://medlineplus.gov/spanish/syphilis.html>

VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO Y CÁNCER: UNA RELACIÓN PREVENIBLE

Autores: Lic. Maria Fernanda Torner Padrón; Dr. Erifran Hidalgo Garces; Lic. Yira Núñez Cruz; Lic. Camila Esthefania Martínez Rodríguez, Dra. Elba Cruz Rodríguez, Dr. C.; Dra. Belkys María Galindo Santana, Dr. C.

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

Infección por el Virus del Papiloma Humano

La infección por el Virus del Papiloma Humano (VPH) constituye la infección de transmisión sexual (ITS) más prevalente a nivel mundial, y representa un importante problema de salud pública debido a su asociación con diversas neoplasias malignas. El virus pertenece a la familia *Papillomaviridae* y comprende más de 200 genotipos, de los cuales aproximadamente 40 infectan el tracto anogenital humano. La mayoría de las infecciones por VPH son transitorias y desaparecen espontáneamente gracias a la respuesta inmunitaria del huésped. Sin embargo, la persistencia de genotipos oncogénicos puede favorecer la progresión hacia lesiones intraepiteliales de alto grado y diversos tipos de cáncer, entre ellos los de cuello uterino, vulva, vagina, pene, ano y orofaringe.^(1,2)

Situación epidemiológica mundial

El VPH mantiene una amplia distribución mundial y prácticamente todas las personas sexualmente activas adquirirán la infección en algún momento de su vida. En general estas infecciones son asintomáticas y autolimitadas, sin embargo el principal factor de riesgo para el desarrollo de cáncer lo constituye la persistencia de genotipos oncogénicos.^(3,4)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el cáncer cervicouterino es uno de los principales problemas de salud pública relacionados con el VPH, con la mayor carga en países de ingresos bajos y medianos. En 2022, fue el cuarto cáncer más frecuente en mujeres, con aproximadamente 660 000 nuevos casos y 350 000 muertes, y 690 000 casos de cáncer en ambos sexos.⁽¹⁻⁴⁾

La región de Las Américas es una de las más afectadas por la enfermedad. La prevalencia en mujeres alcanza aproximadamente el 16 %, situándose entre las más elevadas a nivel mundial, solo superada por África Subsahariana.

Cerca de 79 000 mujeres fueron diagnosticadas y más de 40 000 fallecieron por esta causa en 2022. La mortalidad resulta tres veces superiores en América Latina y el Caribe respecto a Norteamérica, lo que evidencia profundas desigualdades en el acceso a programas preventivos y atención sanitaria.^(1,2)

Con el objetivo de eliminar el cáncer cervicouterino como problema de salud pública, la OMS estableció la estrategia global 90-70-90 para el año 2030, que propone alcanzar una cobertura de vacunación del 90 % en niñas antes de los 15 años, tamizaje del 70 % de las mujeres mediante pruebas de alta precisión y tratamiento oportuno del 90 % de las mujeres con lesiones precursoras o cáncer.⁽³⁾

A pesar de la disponibilidad de vacunas profilácticas y métodos de cribado, numerosos países continúan enfrentando desafíos relacionados con coberturas vacunales insuficientes, acceso limitado a pruebas de detección precoz y seguimiento inadecuado de lesiones precursoras, factores que favorecen la persistencia de una elevada carga epidemiológica asociada al VPH.⁽¹⁾

En Cuba, el cáncer cervicouterino es una de las principales causas de morbilidad y mortalidad por neoplasias en mujeres. A pesar de la existencia histórica de programas de pesquisa mediante citología cervical, persisten desafíos relacionados con la detección temprana y prevención de lesiones precursoras.⁽⁵⁾

Prevención y estrategias de control del VPH

La prevención del VPH constituye el eje principal para disminuir la incidencia de infecciones persistentes, lesiones precursoras y cánceres asociados. Las estrategias preventivas se dividen en prevención primaria, orientada a evitar la infección, y prevención secundaria, enfocada en la detección precoz y tratamiento oportuno de lesiones premalignas.^(6,7)

La vacunación profiláctica contra el VPH representa actualmente la intervención más eficaz para reducir el riesgo de infección por genotipos oncogénicos. La OMS recomienda la inmunización prioritaria en niñas entre 9 y 14 años antes del inicio de la vida sexual, debido a la mayor respuesta inmunológica y capacidad protectora observada en este grupo etario.^(2,3)

La detección precoz mediante programas de cribado continúa siendo una herramienta fundamental para disminuir la mortalidad asociada al cáncer cervicouterino. Entre los métodos más empleados se encuentran la citología cervical, la prueba de ADN-VPH y la colposcopia en casos indicados. Se recomienda ampliar progresivamente el uso de pruebas moleculares debido a su mayor sensibilidad para identificar infecciones persistentes y lesiones precursoras.⁽³⁾ Asimismo, la educación sanitaria sobre conductas sexuales seguras, acceso a información confiable y fortalecimiento de programas comunitarios resulta indispensable para reducir factores de riesgo asociados a la infección y favorecer la adherencia a estrategias preventivas.^(7,8)

Estrategia de vacunación

Existen diferentes vacunas contra el VPH disponibles a nivel internacional. Entre ellas:

- Vacuna bivalente (Cervarix®). Desarrollada por GlaxoSmithKline (GSK), aprobada en 2007 y proporciona protección contra los genotipos 16 y 18, responsables de aproximadamente el 70 % de los casos de cáncer cervicouterino. Su objetivo principal es la prevención de lesiones precancerosas y cáncer cervical asociado al VPH.^(9,10)

- Vacuna tetravalente (Gardasil®). Desarrollada por Merck, protege frente a los genotipos 6, 11, 16 y 18. Además de reducir el riesgo de cáncer cervicouterino, ofrece protección contra verrugas genitales asociadas principalmente a los genotipos 6 y 11.^(9,11)

- Vacuna nonavalente (Gardasil 9®). También desarrollada por Merck, amplía la protección a nueve genotipos: 6, 11, 16, 18, 31, 33, 45, 52 y 58, aumentando la cobertura frente a aproximadamente el 90 % de los cánceres cervicouterinos relacionados con VPH. Actualmente constituye una de las formulaciones con mayor cobertura preventiva utilizada en numerosos programas nacionales de inmunización.^(12,13)

- Vacuna Cecolin®. Desarrollada por la empresa china Inovax Biotech, es una vacuna bivalente dirigida contra los genotipos 16 y 18. Ha sido precalificada por la OMS y forma parte de estrategias internacionales orientadas a ampliar el acceso a la inmunización frente al VPH.^(6,12)

Como respuesta a la estrategia mundial impulsada por la OMS, la vacuna contra el VPH Cecolin® se incorporó al Programa Nacional de Inmunización en Cuba en 2025. Inicialmente a niñas de nueve años, con una meta de cobertura superior al 95 %, con el objetivo de brindar protección antes del inicio de la vida sexual y disminuir el riesgo futuro de infección por genotipos oncogénicos asociados al desarrollo de cáncer cervical.^(3,5,6) Se prevé en un futuro cercano incorporar también a los varones.^(5,3)

Desafíos actuales en el control del VPH

A pesar de los avances alcanzados en vacunación y detección precoz, persisten importantes desafíos para el control del VPH. Entre ellos destacan las coberturas vacunales insuficientes en algunos países, las limitaciones en el acceso al tamizaje, las desigualdades socioeconómicas y la persistencia de barreras culturales que dificultan la adopción de medidas preventivas.^(4,7) La desinformación relacionada con la seguridad y eficacia de las vacunas continúa afectando negativamente la aceptación de los programas de inmunización, especialmente en países con recursos limitados.⁽⁷⁾

Conclusiones

En la relación de enfermedad por VPH y cáncer la integración de vacunación, pesquisa temprana, educación sanitaria y acceso oportuno al tratamiento constituyen las estrategias más efectivas para avanzar hacia la reducción de los indicadores de morbilidad y mortalidad asociadas al VPH y contribuir al cumplimiento de los objetivos internacionales de eliminación del cáncer cervicouterino como problema de salud pública.⁽⁵⁾ La incorporación de la vacuna contra el VPH al Programa Nacional de Inmunización en Cuba representa un avance significativo para la prevención del cáncer cervicouterino. No obstante, el fortalecimiento de la cobertura vacunal, la vigilancia epidemiológica y los programas de cribado continuarán siendo esenciales para reducir el impacto de esta infección en la población.⁽³⁾

Referencias Bibliográficas

1. World Health Organization. Cáncer de cuello uterino. Ginebra: OMS; 2 de diciembre 2025 [citado 26 May 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cervical-cancer>
2. World Health Organization. Human papillomavirus and cancer. Ginebra: OMS; 2024 [citado 26 May 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/human-papilloma-virus-and-cancer>
3. World Health Organization. Global strategy to accelerate the elimination of cervical cancer as a public health problem. OMS; 17 de noviembre del 2020 [citado 26 May 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240014107>
4. Pan American Health Organization. Cervical cancer in the Americas. Washington (DC): PAHO [citado 9 jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/f>
5. Granma. Cuba se prepara para introducir vacunación contra el papiloma humano. 29 de octubre del 2025 [citado 26 May 2026]. Disponible en: <https://www.granma.cu/cuba/2025-10-30/comenzo-vacunacion-contra-el-virus-del-papiloma-humano-en-ninas-de-nueve-anos-30-10-2025-23-10-30>
6. Xiamen Innovax Biotech. Cecolin® Human Papillomavirus Vaccine. Xiamen: Innovax [citado 9 jun 2026]. Disponible en: <http://www.innovax.cr/node/148>
7. Organización Panamericana de la Salud. WHO adds an HPV vaccine for single-dose use. Washington (DC): OPS; 2024 [citado 26 May 2026]. [https://www.bing.com/search?q=7.+Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+WHO+adds+an+HPV+vaccine+for+single-dose+use+%5BInternet%5D.+Washington+\(DC\)%3A+OPS%3B+2024&cvid=e0b71cb2be9b4dc4be2798751cd037a5&gs_lcrp=EgRlZGdlKgYIABBFgDkyBggAEEUYOTIHCAEQ6wcYQNI BCDEwMTZqMG03qAIAsAIA&FORM=EDG UC2&PC=U531](https://www.bing.com/search?q=7.+Organizaci%C3%B3n+Panamericana+de+la+Salud.+WHO+adds+an+HPV+vaccine+for+single-dose+use+%5BInternet%5D.+Washington+(DC)%3A+OPS%3B+2024&cvid=e0b71cb2be9b4dc4be2798751cd037a5&gs_lcrp=EgRlZGdlKgYIABBFgDkyBggAEEUYOTIHCAEQ6wcYQNI BCDEwMTZqMG03qAIAsAIA&FORM=EDG UC2&PC=U531)
8. World Health Organization. Comprehensive cervical cancer control: a guide to essential practice. 2nd ed. Geneva: WHO; 2020 [citado 9 jun 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241548953>
9. Pan American Health Organization. *Cervical cancer*. Washington (DC): PAHO/WHO; 2018 Oct 9 [actualizado 2020 Nov; citado 12 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/fr/node/148>
10. World Health Organization. Human papillomavirus vaccines: WHO position paper. Geneva: WHO; 2022 [citado 9 jun 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/who-wer9750-645-672>
11. European Medicines Agency. *Cervarix: European public assessment report (EPAR)*. Amsterdam: EMA; 2008 [actualizado 26 Nov 2024; citado 12 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.ema.europa.eu/en/medicines/human/EPAR/cervarix>
12. Merck & Co., Inc. *Gardasil (human papillomavirus quadrivalent types 6, 11, 16 and 18 vaccine, recombinant): Merck's HPV vaccine available to developing countries through UNICEF tender*. Rahway (NJ): Merck; 2021 [citado 12 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.merck.com/news/gardasil-human-papillomavirus-quadrivalent-types-6-11-16-and-18-vaccine-recombinant-mercks-hpv-vaccine-available-to-developing-countries-through-unicef-tender/>
13. Merck & Co., Inc. *Merck announces plans to conduct clinical trials of a novel investigational multi-valent human papillomavirus (HPV) vaccine and single-dose regimen for Gardasil 9*. Rahway (NJ): Merck; 2024 [citado 12 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.merck.com/news/merck-announces-plans-to-conduct-clinical-trials-of-a-novel-investigational-multi-valent-human-papillomavirus-hpv-vaccine-and-single-dose-regimen-for-gardasil-9/>

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 14/03/26

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	1	3	14	15	0.53	0.58
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	2	-	0.03	0.03**
TUBERCULOSIS	14	16	244	238	11.08	11.20
LEPRA	5	-	31	15	1.30	0.65
TOSFERINA	-	-	1	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2084	2094	23942	24476	1492.89	1582.33
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	2	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	30	11	236	80	10.57	3.71
MENINGITIS BACTERIANA	5	3	36	31	1.82	1.63
VARICELA	161	114	1513	997	54.06	36.94
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	47	63	665	817	31.80	40.51
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	1	0.06	0.06**
LEPTOSPIROSIS	-	-	5	2	1.04	0.43
SÍFILIS	188	87	1563	1036	76.14	52.33
BLENORRAGIA	65	28	470	297	22.90	15.00
INFECC. RESP. AGUDAS	64235	47230	571882	527857	26521.62	25380.42

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>