



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:

Emergencia del virus Chikungunya en Cuba: una mirada de alerta.....	97
Tétanos: deuda de la inmunización global, ¿por qué persiste una enfermedad prevenible?.....	100
Acerca del Boletín Epidemiológico Semanal. IPK	
Tablas:.....	104

EMERGENCIA DEL VIRUS CHIKUNGUNYA EN CUBA: UNA MIRADA DE ALERTA

Autores: Dra. Yamisleydis Ruiz Marache, M. Sc; Lic. Carlos Rey Centeno Frómeta; Lic. Yaumara Williams Torres; Dra. Larisa Pacheco Torres; Lic. Maria Fernanda Torner Padrón; Lic. Yira Núñez Cruz; Dra. Laura Olga Carbó Mena; Lic. Camila Esthefania Martínez Rodríguez; 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".

Emergencia y transmisión del virus chikungunya en el mundo en los últimos tiempos

Desde el 2015, la enfermedad causada por el virus chikungunya (CHIKV) ha evidenciado un patrón de expansión explosiva y cíclica, con brotes en África, Asia, Europa y América, despertando gran preocupación a nivel mundial. Al integrar brotes históricos a gran escala con datos epidemiológicos, se encuentran factores que facilitan la aparición y expansión del virus chikungunya. Estos incluyen factores a nivel macro, como el cambio climático, la urbanización y la globalización. Por otro lado, las mutaciones genéticas del virus y la mayor capacidad de adaptación del huésped. También

los factores amplificadores, como los determinantes sociales y las debilidades de los sistemas de salud pública, que pueden facilitar la transmisión dentro de las comunidades, permitiendo que los brotes se expandan sin ser detectados (1,2). Entre 2020 y 2025, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó actividad viral en más de 100 países, con brotes significativos en Asia meridional, África oriental y América Latina (3,4,5). Desde agosto de 2025 y principios de 2026, se constató un aumento sostenido de la transmisión en toda la Región de las Américas, con circulación concomitante del virus Oropouche y el Dengue (4).

Situación en Las Américas y el Caribe

La transmisión local del CHIKV fue reportada por primera vez en América Latina y el Caribe en diciembre de 2013, en la isla caribeña de San Martín. Desde entonces ha causado múltiples olas epidémicas, lo que constituye un desafío primordial para la salud pública contemporánea. La co-circulación con otras arbovirosis como dengue, oropouche y zika, complica la vigilancia epidemiológica y el diagnóstico clínico (4).

Epidemiología de la Fiebre de Chikungunya

El Chikungunya o Fiebre de Chikungunya es una enfermedad infecciosa transmitida a los seres humanos por mosquitos infectados con el virus Chikungunya (CHIKV). Biológicamente, el CHIKV es un virus de ARN monocatenario de polaridad positiva, perteneciente al género *Alphavirus* dentro de la familia *Togaviridae*. Fue identificado por primera vez en Tanzania en la década de 1950, y su denominación proviene de la lengua makonde, originaria de este país, y se traduce como "aquel que se encorva" o "retorcerse", en alusión a la postura antálgica que adoptan los pacientes a causa del dolor articular severo. El genoma viral posee una alta tasa de mutación celular (especialmente en las proteínas nsP1-4, E1 y E2), lo que le confiere una gran capacidad de adaptación a nuevos vectores y nichos ecológicos (5,6).

El ciclo de transmisión urbana del CHIKV es sostenido principalmente por mosquitos vectores del género *Aedes*, fundamentalmente por *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*.

Caracterización clínica

La historia natural de la infección por CHIKV con un período de incubación de 2-12 días incluye una fase aguda que se caracteriza clásicamente por la tríada de fiebre súbita y elevada ($\geq 39^{\circ}\text{C}$), erupción cutánea y poliartralgia o poliartritis simétrica intensamente dolorosa que afecta predominantemente rodillas, tobillos, muñecas y falanges. Como manifestaciones atípicas se incluyen complicaciones neurológicas (encefalitis), cardiovasculares (miocarditis) e insuficiencia renal aguda, afectando con mayor letalidad a poblaciones vulnerables como neonatos, adultos mayores de 65 años y personas con comorbilidades previas. La enfermedad destaca por su alta tasa de cronicidad; meses o incluso años después del cuadro agudo; un gran

porcentaje de pacientes continúa sufriendo de poliartritis residual incapacitante, lo que merma drásticamente su calidad de vida (7,8).

Emergencia del CHIKV en Cuba

Después de nueve años sin circulación local reportada, el CHIKV resurgió en Cuba en 2025 (9,10). Según los informes de alerta de la OPS, junto con los informes de Barbados, esto representa el primer resurgimiento de CHIKV en el Caribe después del brote que afectó a la región en 2013-2016 (9).

Cuba mantiene un sistema nacional de vigilancia del dengue para la enfermedad febril aguda de etiología desconocida. Las muestras de suero se analizan rutinariamente para detectar IgM de dengue en laboratorios locales, y las pruebas moleculares mediante PCR cuantitativa de transcripción inversa (qRT-PCR) se realizan en el Laboratorio Nacional de Referencia de Arbovirus del Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí (IPK). En julio de 2025 se reportó un aumento de casos de síndrome febril agudo en Municipio Perico, Provincia de Matanzas, con resultado negativo a IgM dengue. El análisis posterior (qRT-PCR) de una muestra de los casos, realizado en el laboratorio de referencia del IPK fue testado para los virus del dengue (DENV), Zika, CHIKV, Mayaro, Oropouche y fiebre amarilla. El 66,7 % de las muestras resultó positiva para CHIKV. La investigación filogenética desarrollada logró caracterizar el genotipo del virus, determinando que está estrechamente relacionado con las cepas circulantes en Brasil (10).

A partir de ese momento se intensificó la vigilancia epidemiológica mediante la búsqueda activa de casos sospechosos y confirmados, mediante definiciones estandarizadas como parte del protocolo nacional para manejo e investigaciones de casos de CHIKV (10,11). Para finales del año, ya se había evidenciado la transmisión en 15 provincias y 147 municipios del país, incluidos 49 258 casos sospechosos, 1 959 casos confirmados y 46 fallecidos. Los casos graves incluyeron complicaciones neurológicas (encefalitis, síndrome de Guillain-Barré, meningoencefalitis), manifestaciones cardiovasculares (miocarditis aguda, descompensación de condiciones preexistentes, tromboembolismo pulmonar) y transmisión perinatal o neonatal (10).

También se iniciaron ensayos clínicos en hospitales de La Habana y Matanzas con la utilización de **Jusvinza**, un péptido inmunomodulador desarrollado por el Centro de Ingeniería Genética y Biotecnología (CIGB). Esta intervención biotecnológica con el objetivo primordial de tratar la poliartritis residual severa en pacientes convalecientes, proyectándose como un hito investigativo derivado directamente de la actual emergencia epidemiológica (11).

Conclusiones

La persistencia del vector y la susceptibilidad poblacional favorecen la transmisión de esta arbovirosis. La reemergencia del CHIKV en Cuba refleja la vulnerabilidad de los países tropicales ante arbovirosis transmitidas por *Aedes spp.* La vigilancia integrada, el control vectorial sostenido y la educación sanitaria son esenciales para mitigar su impacto. La experiencia adquirida subraya la importancia de mantener capacidades diagnósticas y de respuesta rápida incluso en periodos interepidémicos.

Referencias Bibliográficas

1. Zhang Y, Wu J, Cheng X, Yang Y, Wang X, Zhao X, et al. Global resurgence of Chikungunya virus: outbreak drivers and emerging solutions. *Emerg Microbes Infect.* diciembre de 2026;15(1):2603714. doi:10.1080/22221751.2025.2603714
2. Pedí VD, de França GVA, Rodrigues VB, Duailibe FT, Santos MTP, de Oliveira MRF. Burden of Chikungunya Fever and Its Economic and Social Impacts Worldwide: A Systematic Review. *Trop Med Int Health TM IH.* septiembre de 2025;30(9):865-92. doi:10.1111/tmi.70012 PubMed PMID: 40692505; PubMed Central PMCID: PMC12401649.
3. Chikungunya-epidemiology-update_11june2025.pdf [Internet]. [citado 15 de julio de 2026]. Disponible en: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/documents/epp/ezh/chikungunya-epidemiology-update_11june2025.pdf?sfvrsn=ffddcf60_4&download=true
4. Medica R. OPS/OMS alerta sobre incremento de chikungunya y Oropouche en las Américas. *Revista Médica* [Internet]. 30 de agosto de 2025 [citado 15 de julio de 2026]. Disponible en: <https://revistamedica.do/ops-oms-alerta-sobre-incremento-de-chikungunya-y-oropouche-en-las-americas/>
5. Wang TY, Sun Y, Tang YD. Re-emergence of chikungunya virus in China by 2025: What we know and what to do? *PLoS Pathog.* octubre de 2025;21(10):e1013556. doi:10.1371/journal.ppat.1013556 PubMed PMID: 41052092; PubMed Central PMCID: PMC12500152.
6. Weber WC, Streblow DN, Coffey LL. Chikungunya Virus Vaccines: A Review of IXCHIQ and PXVX0317 from Pre-Clinical Evaluation to Licensure. *BioDrugs Clin Immunother Biopharm Gene Ther.* noviembre de 2024;38(6):727-42. doi:10.1007/s40259-024-00677-y PubMed PMID: 39292392; PubMed Central PMCID: PMC11530495.
7. Sun W, Shi S, Liao S, Zhai M. Chikungunya fever: pathogenesis and mechanisms underlying pain symptoms. *Front Immunol.* 2025;16:1679385. doi:10.3389/fimmu.2025.1679385 PubMed PMID: 41306980; PubMed Central PMCID: PMC12643972.
8. Rama K, de Roo AM, Louwsma T, Hofstra HS, Gurgel do Amaral GS, Vondeling GT, et al. Clinical outcomes of chikungunya: A systematic literature review and meta-analysis. *PLoS Negl Trop Dis.* junio de 2024;18(6):e0012254. doi:10.1371/journal.pntd.0012254 PubMed PMID: 38848443; PubMed Central PMCID: PMC11189168.
9. Pezzi L, Sen S, Ayhan N, Serrano Alvarez S, Alvarez Vera M, Durand GA, et al. Re-emergence of chikungunya virus in the Caribbean: travel-associated cases imported from Cuba to France, 2025. *J Travel Med.* 28 de mayo de 2026;33(4):taag018. doi:10.1093/jtm/taag018.
10. Perez MM, Resik S, Bello Rodriguez BM, Companioni A, Gonzalez D, Benitez AJ, et al. Chikungunya Outbreak, Cuba, July 2025. *Emerg Infect Dis.* julio de 2026;32(7). doi:10.3201/eid3207.260344.
11. Chikungunya-Protocolo-Cuba-nov.-2025.pdf [Internet]. [citado 15 de julio de 2026]. Disponible en: <https://promociondeeventos.sld.cu/dengue2023/files/2025/11/Chikungunya-Protocolo-Cuba-nov.-2025.pdf?brid=jxJwJQNIZtX1aq56CPWcCQ>

TÉTANOS: DEUDA DE LA INMUNIZACIÓN GLOBAL, ¿POR QUÉ PERSISTE UNA ENFERMEDAD PREVENIBLE?

Autores: Dra. Laura Olga Carbó Mena; Lic. Carlos Rey Centeno Frómeta; Dra. Yamisleydis Ruiz Marache; Lic. Yaumara Willians Torres; 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”.

Carga global del tétanos

El tétanos es una enfermedad infecciosa bacteriana causada por *Clostridium tetani*. Este germen es de distribución ubicua en el suelo y en el tracto gastrointestinal de animales y humanos, cuyas esporas exhiben notable resistencia ambiental, y persisten incluso en entornos con infraestructura sanitaria consolidada.^{1,2,3} Es más frecuente en adultos mayores, trabajadores agrícolas y personas con antecedentes de vacunación incompleta. La letalidad puede oscilar entre el 20-50 % dependiendo de la gravedad clínica y la disponibilidad de cuidados intensivos.^{4,5}

A pesar de la reducción global del tétanos observada en las últimas décadas, relacionada con el uso de vacunas efectivas, la persistencia como problema de salud pública refleja desigualdades en el acceso a los servicios esenciales de salud y a la inmunización. Continúa siendo una enfermedad con una importante carga de morbi-mortalidad, especialmente en regiones y países de medianos y bajos ingresos con condiciones deficientes de higiene y desigualdades socioeconómicas.^{6,7} La mayor magnitud se concentra principalmente en África Subsahariana y Asia Meridional que aportan una proporción significativa de los casos y defunciones reportados.⁶⁻⁹

En Las Américas y el Caribe, en comparación con otras regiones del mundo, se ha producido una reducción sostenida de la incidencia de la enfermedad. De forma esporádica se reportan casos, tanto en adultos como en neonatos, en República Dominicana, Guatemala, Haití, y sobre todo en Brasil.¹⁰⁻¹³ En el año 2024 se confirmaron un total de 219 casos (tasa de 0,9 por cada 100 000 habitantes, y 59 fallecidos para una letalidad de 26,9 %).¹⁴

En virtud de los logros alcanzados en la prevención y control de la enfermedad, en Cuba se considera una enfermedad de muy baja frecuencia y mortalidad en los últimos 40 años (tasa de 0,0 por 100 000 habitantes).^{15,16}

Brechas en la cobertura de vacunación antitetánica a nivel mundial

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2024, la cobertura de vacunación en la población infantil con tres dosis de vacuna contra difteria, tétanos y tosferina (DTP3) fue del 85 %, por debajo de las metas de la Agenda de Inmunización 2030. Lo cual traduce que aproximadamente 20 millones de lactantes no recibieron al menos una dosis de vacuna. Esta cifra supera en 1,4 millones la reportada en el año 2019.^{17,18}

En la región de las Américas, la cobertura con DTP3 fue del 79 % en 2022, por debajo del promedio global y del umbral del 90 % recomendado por la OMS. La cobertura con esquemas completos de vacunación pentavalente se situó en torno al 83 % en 2023, permaneciendo más de 1,5 millones de niños sin protección completa.^{17,18,19}

En este contexto Cuba constituye un caso paradigmático de alta cobertura sostenida de inmunización sistemática y control de enfermedades inmunoprevenibles. La estrategia cubana se sustenta en un sistema de atención primaria universal, con registro nominal de vacunación, seguimiento activo de cohortes infantiles y la continuidad del esquema de refuerzos en adolescentes, adultos y embarazadas. Todo lo cual ha permitido sostener la interrupción de la transmisión del tétanos materno y neonatal.^{16,20}

Clasificación clínica

Se describen cuatro formas clínicas de tétanos: generalizada, localizada, cefálica y neonatal.

La forma generalizada, la más frecuente, se caracteriza por trismo (contractura tónica de los músculos maseteros), disfagia y espasmos musculo esqueléticos paroxísticos y dolorosos que pueden comprometer la musculatura respiratoria y laríngea, derivando en insuficiencia respiratoria. La forma localizada se circunscribe a la extremidad o región anatómica adyacente al sitio de inoculación; su pronóstico es generalmente favorable, aunque puede evolucionar hacia la forma generalizada en ausencia de manejo oportuno. La forma cefálica constituye una variante del tétanos localizado restringida a la región craneofacial, caracterizada por trismo, disfagia y neuropatías craneales uni o multifocales; su diagnóstico suele retrasarse debido a su similitud clínica con eventos cerebrovasculares, lo que condiciona un pronóstico reservado. Por su parte el tétanos neonatal es el que aparece en los recién nacidos. Se confirma en un lactante de entre tres y 28 días de vida, con capacidad de succión y llanto conservada durante las primeras 48 horas de vida, en el que se produce una pérdida progresiva de dicha capacidad, acompañada de rigidez generalizada o espasmos musculares. Es un diagnóstico eminentemente clínico, que no requiere confirmación microbiológica ni de laboratorio. En la actualidad el tétanos neonatal no representa la forma clínica predominante en numerosos países.³⁻⁶

Estrategias de eliminación del tétanos neonatal

La OMS estima que las muertes por tétanos neonatal se redujeron en un 84 % entre 2000 y 2021.⁸ La eliminación del tétanos materno y neonatal constituye uno de los principales logros de la salud pública global. Su sostenibilidad enfrenta desafíos circunstanciales relacionados con conflictos armados, crisis humanitarias, desplazamiento poblacional y determinantes estructurales que condicionan el acceso equitativo a los servicios e intervenciones de salud.^{13,17,20} La iniciativa conjunta de la OMS–UNICEF ha permitido inmunizar desde 1999 a

más de 178 millones de mujeres en edad reproductiva con al menos dos dosis de toxoide tetánico, logrando la validación de eliminación en 48 de los 59 países identificados como prioritarios. En África, países como Nigeria, República Centroafricana y Sudán aún no habían alcanzado la eliminación en 2024.^{13,14,20}

La sostenibilidad operativa de la evidencia de pos validación depende de tres componentes críticos: coberturas ≥ 90 % con toxoide tetánico/diftérico, alta proporción de partos institucionales con personal calificado y sistemas de vigilancia sensibles. Menos de un tercio de los países previamente validados mantiene simultáneamente estos tres indicadores en niveles óptimos, lo que implica riesgo de reemergencia en contextos de debilitamiento sanitario.²⁰

A diferencia del tétanos materno-neonatal, la enfermedad en adultos no es susceptible de eliminación debido a la persistencia ambiental del patógeno. La carga de enfermedad en adultos se concentra en personas con esquemas incompletos o desconocidos, particularmente en adultos mayores y poblaciones vulnerables. La OMS recomienda refuerzos periódicos cada 10 años e integración de la inmunización antitetánica dentro del enfoque de inmunización a lo largo del curso de vida, como estrategia de control sostenido y reducción del riesgo en dicha población.^{18,19}

Paradoja programática de la eliminación del tétanos

Mientras el tétanos materno y neonatal ha sido eliminado en múltiples países, su sostenibilidad es frágil y dependiente de sistemas de salud resilientes; simultáneamente, el tétanos en adultos permanece como un evento prevenible pero no eliminable, cuya persistencia refleja fallas acumuladas en la inmunización a lo largo del curso de vida. Desde una perspectiva de política sanitaria, la eliminación de la enfermedad debe interpretarse como un logro dinámico, la vigilancia postvalidación incorporarse como componente estructural de los programas de inmunización, y la vacunación en el adulto consolidarse como un eje estratégico de salud pública preventiva.

Referencias bibliográficas

1. Zhou K, Luo W, Liu T, Ni Y, Qin Z. Neurotoxins Acting at Synaptic Sites: A Brief Review on Mechanisms and Clinical Applications. *Toxins* (Basel). 2022;15(1):18. doi:10.3390/toxins15010018. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2072-6651/15/1/18>

2. Li J, Liu Z, Yu C, Tan K, Gui S, Zhang S, Shen Y. Global epidemiology and burden of tetanus from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Int J Infect Dis*. 2023;132:118-126. doi:10.1016/j.ijid.2023.04.402. Disponible en: [https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712\(23\)00532-5/fulltext](https://www.ijidonline.com/article/S1201-9712(23)00532-5/fulltext)

3. Sudarshan R, Sayo AR, Renner DR, de Saram S, Godbole G, Warrell C, Duong HTH, Thwaites CL, Mehta AR, Coughlan C. Tetanus: recognition and management. *Lancet Infect Dis*. 2025. doi:10.1016/S1473-3099(25)00292-0. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1473309925002920>

4. Meghian A, Pirazzini M, Fabris F, Rossetto O, Montecucco C. Tetanus and tetanus neurotoxin: From peripheral uptake to central nervous tissue targets. *J Neurochem*. 2021;158(6):1244-1253. doi:10.1111/jnc.15330. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnc.15330>

5. Pham OKN, Tran BN, Duong MC, Do TCN, Pham TL, Lam MY, Thwaites L, Nguyen VH. Magnitude, Patterns, and Associated Predictors of Cardiovascular Events in Tetanus: A 2-Year, Single-Center, Ambidirectional Cohort Study Involving 572 Patients. *Open Forum Infect Dis*. 2023;10(10):ofad473. doi:10.1093/ofid/ofad473. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37795506/>

6. World Health Organization. Tetanus [Internet]. Geneva: WHO; 2024 [actualizado 12 jul 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tetanus>

7. Yen LM, Thwaites CL. Tetanus. *Lancet*. 2019;393(10181):1657-1668. doi:10.1016/S0140-6736(18)33131-3. PMID: 30940423. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30940423/>

8. Jones CE, Yusuf N, Ahmed B, Kassogue M, Wasley A, Kanu FA, et al. Progress Toward Achieving and Sustaining Maternal and Neonatal Tetanus Elimination—Worldwide, 2000–2022. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2024;73(28):614-621. doi:10.15585/mmwr.mm7328a1. Disponible en: <https://www.cdc.gov/mmwr/volumes/73/wr/mm7328a1.htm>

9. GBD 2021 Diseases and Injuries Collaborators. Global burden of 288 causes of death and life expectancy decomposition, 1990–2021: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2021. *Lancet*. 2024;403(10440):2100-2132. doi:10.1016/S0140-6736(24)00367-2.

10. Fan Z, Zhao Y, Wang S, et al. Epidemiological characteristics of tetanus in adults: a systematic review. *Int J Infect Dis*. 2023;132:128-136.

11. Pan American Health Organization. Immunization in the Americas: 2024 Summary Report [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2025 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/immunization>

12.Organización Panamericana de la Salud. Enfermedades prevenibles por vacunación: informe regional 2024 [Internet]. Washington (DC): OPS; 2024 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es>

13.Pan American Health Organization. Maternal and Neonatal Tetanus Elimination in the Americas: Progress Report 2024 [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2024 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/topics/immunization/maternal-andneonatal-tetanus-elimination-mnte>

14.Ministério da Saúde do Brasil. Situação epidemiológica do tétano acidental [Internet]. Brasília: Ministério da Saúde; 2025 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/tetano-acidental/situacaoepidemiologica>

15.Ministerio de Salud Pública. Anuario Estadístico de Salud 2023 [Internet]. La Habana: Dirección de Registros Médicos y Estadísticas de Salud; 2024 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/anuario-estadistico-salud-cuba-2023>

16.UNICEF. Immunization coverage in Cuba: regional comparative analysis. New York:

UNICEF; 2024.Disponible en: <https://data.unicef.org>

17.World Health Organization; United Nations Children's Fund. Global childhood vaccination coverage holds steady, yet over 14 million infants remain unvaccinated [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/news/item/15-07-2025-global-childhood-vaccination-coverage-holds-steady-yet-over-14-million-infants-remain-unvaccinated-who-unicef>

18.World Health Organization. Immunization coverage [Internet]. Geneva: WHO; 2025 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/immunization-coverage>

19.Pan American Health Organization. Immunization in the Americas: 2024 Summary [Internet]. Washington (DC): PAHO; 2025 [citado 16 Jun 2026]. Disponible en: <https://www.paho.org/en/documents/immunization-in-americas-2024-summary>

20.Pan American Health Organization. Cuba: Immunization profile and vaccine-preventable disease control. Washington DC: PAHO; 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/en/cuba>

!! Saludos y bienvenidos al Boletín Epidemiológico del IPK !!

Este boletín se edita, semanalmente, en la Subdirección de Vigilancia Epidemiológica y es un producto del Instituto “Pedro Kourí” (IPK). Se elabora a partir de los datos proporcionados por las Direcciones Provinciales de Salud del país, acerca de las Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) como: Fiebre Tifoidea, Tuberculosis, Lepra, Meningitis Meningocócica, Tétanos, Sífilis, blenorragia, etc. Se incluyen datos actualizados acerca de la morbilidad, mortalidad, letalidad, etc. de enfermedades

relevantes en los momentos actuales. En nuestro Boletín Epidemiológico puede encontrar informaciones y noticias muy actualizadas acerca de lo más interesante sobre Epidemiología, VIH/SIDA y Medicina, en general, que llegan a las agencias de prensa internacionales. Se promocionan, además, cursos, eventos, talleres, etc. de las especialidades Biomédicas, que se llevarán a cabo en nuestro Centro y otros existentes en nuestro país.

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 28/03/26

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2025	2026	2025	2026	2025	2026*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	1	-	16	15	0.53	0.51
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	2	-	0.03	0.03**
TUBERCULOSIS	25	20	283	292	11.08	11.85
LEPRA	4	-	38	20	1.30	0.71
TOSFERINA	-	-	1	-	0.01	0.01**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	2247	2184	28234	28905	1492.89	1584.59
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	4	-	0.09	0.09**
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	15	7	279	94	10.57	3.69
MENINGITIS BACTERIANA	9	4	48	43	1.82	1.69
VARICELA	179	94	1855	1200	54.06	36.26
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	59	72	811	942	31.80	38.30
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	-	1	0.06	0.06**
LEPTOSPIROSIS	2	-	7	4	1.04	0.62
SÍFILIS	219	119	1962	1276	76.14	51.34
BLENORRAGIA	69	31	584	366	22.90	14.88
INFECC. RESP. AGUDAS	71530	47621	709850	626107	26521.62	24253.30

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>