



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 1028-5083](#)

ACOGIDA A LA TARIFA DE IMPRESOS PERIÓDICOS INSCRIPTOS EN LA ADMI DE CORREOS No. 831 151 22 1

Índice	
Dengue	209
Fiebre amarilla	211
Sarampión	211
Poliovirus salvaje	212
Cólera y diarrea acuosa aguda	213
Desde la organización mundial de la salud: segunda reunión del comité de emergencia del reglamento sanitario internacional respecto a infección humana causada por el síndrome respiratorio por el coronavirus del medio oriente (mers -cov)	213
Síndrome respiratorio del medio oriente por coronavirus	214
Tablas	215

DENGUE

Honduras

Autoridades de la Secretaría de Salud confirmaron el 16 de julio de 2013 la existencia de dos muertes sospechosas de dengue grave que permanecen en estudio a lo interno de la Comisión Certificadora. Al parecer, Honduras continuará encabezando la lista de países centroamericanos con mayor número de víctimas mortales, ya que en total en la región se han reportado 20 fallecimientos, de los cuales 12 corresponden a vidas de hondureños. Hace dos días, el ministro de Salud, Salvador Pineda, confirmó la víctima mortal número 12 por dengue grave. Informó que era originario de Olancho, una de las zonas que fue declarada en alerta roja por la inmensa proliferación de zancudos y el aumento de casos. Ayer, en conferencia de prensa, las autoridades sanitarias informaron sobre el estudio de otras muertes, entre ellas un menor de edad que falleció en el hospital

“En el transcurso del año 2013 se han confirmado 12 fallecimientos, salvándole la vida al 99 % de los casos atendidos y estando pendientes de descartar o confirmar dos casos que se encuentran en estudio”, informó Pineda.

Lo preocupante de la actual situación es que los casos de dengue, tanto grave como no grave, siguen en aumento. Este escenario puede permitir que el país enfrente una epidemia similar a la ocurrida en el 2010 en la que se registraron un total de 3 078 casos de dengue grave de los cuales 83 fallecieron y más de diez mil casos de dengue no grave. Para junio de ese año, las cifras de muertes se habían elevado a diez, entre ellas una mujer embarazada. Los casos de dengue grave alcanzaban los 400 y los de dengue no grave superaban los 10 000. Para el 2013 estas cifras ya fueron igualadas, según Bredy Lara, jefe de Vigilancia de la Salud.

Hasta la semana número 27, que comprende del 30 de junio al 6 de julio, se han reportado 10 505 casos acumulados de dengue no grave y 1 704 casos de grave. Lara señaló que hasta el momento el departamento de Cortés es el que presenta mayor número de casos, sin embargo, el 83 % de estos casos se concentran en 14 municipios del país. Entre estos se incluye: San Pedro Sula, Tegucigalpa, Juticalpa, Choluteca, La Ceiba, El Progreso, Comayagua, La Paz, Choloma, Catacamas, Puerto Cortés, Tela, Santa Rosa de Copán y Trujillo. El galeno informó que se identificó que el mayor número de casos de dengue grave, antes conocido como hemorrágico, se acumulan en Cortés, Tegucigalpa, San Pedro Sula y Olancho. En el caso de las personas fallecidas, Lara detalló que cuatro eran del sexo masculino, entre ellos un menor de un año y ocho del sexo femenino. *Sintetizado de: El Heraldo (Honduras). 2013, julio 17. Disponible en: <http://www.elheraldo.hn/Secciones-Principales/Pais/Muertes-por-dengue-ascenderian-a-14>*

Paraguay

Según las notificaciones del Ministerio de Salud, los casos de dengue se redujeron en un 96% a nivel país y cuatro departamentos registran un corte de circulación viral. Los departamentos que presentan el corte de circulación viral son Alto Paraná, Boquerón, San Pedro y Caazapá, señala la dirección general de Vigilancia de la Salud. Si bien se registra un declive de casos de la enfermedad, la cartera de Salud insiste en la eliminación de criaderos en las casas y lugares de trabajo. En la presente semana epidemiológica se registraron 62 casos sospechosos, donde la mayor carga se concentra en el departamento Central con 48 notificaciones, de las cuales 10 son de la ciudad de Capiatá. Los barrios con mayor infestación larvaria son Obrero, Roberto L. Petit, Loma Pytá, Zeballos, Sajonia, Bañado Tacumbú y Ricardo Brugada, todos de Asunción. Mientras que en el departamento Central, las zonas más afectadas son: Lambaré, San Lorenzo, Fernando de la Mora, Luque, Limpio y Ñemby.

Fuente: Última Hora. 2013, julio 17. Disponible en: <http://www.ultimahora.com/marcado-descenso-casos-dengue-n704933.html>

Laos

El dengue provocó la muerte de 72 personas en Laos entre más de 23 000 casos que se han reportado desde enero hasta julio de 2013. Los funcionarios de salud esperaban que las fuertes lluvias de esta semana arrastraran las larvas, reduciendo el número de mosquitos y estabilizando el número de pacientes.

Cambodia

La tendencia semanal ha sido al incremento en las últimas tres semanas. En la semana del 26 de junio a 2 de julio de 2013 se registraron 763 casos, comparado con 2 369 casos en la misma semana para 2012. Hubo 6 797 casos (26 muertes) registrados hasta el 2 de julio de 2013.

Malasia

La tendencia semanal ha sido al incremento en las últimas tres semanas. En la semana del 26 de junio a 2 de julio de 2013 se registraron 658 casos (2 muertos) comparado con 367 casos en el mismo período para 2012. Unos 12 143 casos y 25 muertes fueron registrados hasta el 22 de junio en 2013.

Filipinas

La tendencia semanal ha sido a la disminución en las últimas tres semanas. En la semana del 2 al 8 de junio de 2013 se registraron 1 240 casos fueron registrados. Unos 45 307 casos (204 muertes) se reportaron hasta el 15 de junio en 2013.

Singapur

El número de casos se mantuvo por encima del umbral epidémico, pero la tendencia semanal fue a la disminución. En la semana del 23 al 29 de junio de 2013 se registraron 807 casos en comparación con 151 casos en el mismo periodo en 2012. Unos 11 756 casos fueron registrados hasta el 29 de junio en 2013.

Vietnam

Hasta el 20 de junio de 2013 se ha registrado 18 934 casos (13 muertes) en comparación con los 23 334 casos (2 muertes) en el mismo periodo en 2012. Hubo 5 301 casos (3 muertes) registrados del 1 al 20 de junio de 2013.

Traducido de: Vientianetimes (Laos). 2013, julio 19. Disponible en:

http://www.vientianetimes.org.la/FreeContent/FreeConten_Dengue%20kills%2072%20so%20far.htm

FIEBRE AMARILLA

Colombia (Caquetá)

El secretario de Salud del Departamento William Ramón Montoya, se refirió sobre el fallecido de fiebre amarilla que se reportó en los últimos días en Florencia, departamento Cajeta. El funcionario expresó que el fallecido fue traído a la zona urbana desde El Rosario, una zona selvática y apartada. “Este caso de fiebre amarilla en el municipio de El Paujil, es un agricultor de 36 años procedente de la zona de El Rosario que en las últimas semanas se había residenciado en esa zona y acudió al hospital ya cuando se encontraba con síntomas avanzados de la enfermedad.

Cuando acudió al hospital María Inmaculada allí fue atendido, se le prestaron los servicios, terminó en la UCI de la Mediláser, pero por una falla renal falleció. Lo que procede en estos temas es hacer los estudios de laboratorio, la confirmación que llegó el viernes pasado desde los laboratorios del Instituto Nacional de Salud es que se trata de fiebre amarilla”, expresó.

El funcionario explicó que la secretaría de salud ya tomó las medidas necesarias para no permitir la propagación de la enfermedad. En este sentido, dijo que fue extendida por 60 días más la alerta amarilla. “Veníamos en emergencia sanitaria por el tema de ETV y lo que hicimos fue extenderla.

Ya se habían tomado las medidas con la ESE de la zona, se visitaron las familias, hicimos el barrido para ver qué otros casos se presentaban y entonces avisamos a toda la red hospitalaria y a toda la comunidad para el tema del control del vector, que es el mismo mosquito del lote del dengue y lo que hay que hacer es el cerco humanitario, aparte de hacer la vacunación. Recomendarles que acudan al hospital cuando presenten estos síntomas”, agregó.

*<http://www.lanacion.com.co/index.php/noticias-regional/caqueta/item/219852-fiebre-amarilla-fue-adquirida-en-zona-selvatica>
10 julio*

SARAMPIÓN

Brasil

Con motivo de llevarse a cabo entre el 23 y 28 de julio de 2013 la Jornada Mundial de la Juventud en Río de Janeiro (Brasil), el Ministerio de Salud de la Nación alertó sobre la alta probabilidad de importación de casos de sarampión por la gran afluencia de personas de todo el mundo, incluyendo países que tienen en este momento circulación viral.

Por tal motivo, el Ministerio de Salud de la Nación elaboró una gacetilla para que los peregrinos que se dirijan a Brasil tomen todas las medidas sanitarias del caso, entre ellos:

- Verificar y contar con la vacunación contra Sarampión y Rubéola al día, para reducir el riesgo de contraer y reintroducir la enfermedad.
- Instar a los profesionales de la salud a controlar el carné de vacunación en cada consulta y a sensibilizar la sospecha, notificación oportuna y estudio de los viajeros a su retorno.

El Sarampión es una enfermedad en proceso de eliminación en las Américas y

otras regiones del mundo. En Argentina no se registran casos autóctonos desde el año 2000, y en la región desde el año 2002.

En 2012 la Región de las Américas presentó brotes importados de sarampión, con 135 casos notificados. El 90 % de los casos se registraron en Estados Unidos y Ecuador, con 54 y 68 casos respectivamente. La Región Europea de la OMS reportó 23 871 casos de sarampión (55% no estaban vacunados, y el 82 % (15 464) de hospitalizaciones en relación con sarampión. No se registraron muertes relacionadas con el sarampión durante 2012. Entre enero y marzo de 2013, Europa reportó 6 266 casos de sarampión. Del total, 82% de los casos (5 163) fueron reportados por cuatro países (Georgia, Turquía, Ucrania y Reino Unido). En la Región de las Américas, en lo que va de 2013, se han reportado 199 casos importados de sarampión. Los casos fueron notificados por Estados Unidos (115 - 58%), Brasil (68 - 34%) y Canadá (16 - %).

En Brasil el virus del sarampión fue eliminado hace más de 10 años. El 21 de enero de 2013, se notificó el primer caso importado del año en Bauru, São Paulo, y hasta ahora se han confirmado 68 casos. La ubicación de los casos confirmados fue la siguiente: Paraíba (2), Pernambuco (48), Minas Gerais (2), Sao Paulo (5), Santa Catarina (1).

Sintetizado de: FM Alba. 2013, julio 17.

Disponible en:

http://www.fmalba.com.ar/ampliadafma_20130716_23170.html

España (Cataluña)

Los médicos han diagnosticado 29 casos de sarampión en Cataluña desde el pasado día 2 de julio de 2013, la mayoría personas adultas que no estaban vacunadas o no habían completado la pauta de vacunación, y la mitad de los afectados han necesitado hospitalización. Según han informado fuentes del Departamento de Salud, estos casos confirman que el virus de esta enfermedad se ha reintroducido en Cataluña. Los 29 casos confirmados de sarampión están afectando de forma casi exclusiva a personas no vacunadas, mayoritariamente adultos jóvenes, ha señalado el Departamento de Salud, que atribuye a la "gran movilidad de personas, especialmente entre países de la Unión Europea", la reintroducción del virus del sarampión en Cataluña, como también ocurre en otras comunidades autónomas.

Ante esta situación, las autoridades sanitarias catalanas han recordado "la gran importancia" de continuar manteniendo unas buenas coberturas de vacunación del sarampión en la población, administrando

las dos dosis correspondientes de la vacuna triple vírica (sarampión-rubéola-paperas) a los 12 meses y los 4 años, según el calendario de vacunas vigente.

Desde los centros de atención primaria, y de acuerdo con criterios clínicos, los médicos de familia también recomiendan la administración de la vacuna triple vírica a determinadas personas adultas, nacidas después de 1966 que no hayan sido vacunadas del sarampión y que no tengan constancia de haber padecido la enfermedad. Las vacunas están disponibles de forma gratuita en todos los centros de atención primaria.

Desde que en el año 2000 se consiguió la eliminación del sarampión autóctono en Cataluña, han aparecido ocasionalmente casos importados, que en algunas ocasiones han dado lugar a brotes con un número limitado de afectados.

En países con una baja incidencia, como sería el caso de España y en particular Cataluña, cualquier sospecha de sarampión se notifica urgentemente a las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de la Agencia de Salud Pública de Cataluña para llevar a cabo las actuaciones de control y evitar la aparición de casos secundarios con medidas preventivas adecuadas.

Estas actuaciones están en concordancia con las directrices de la Organización Mundial de la Salud que ha establecido el objetivo de la eliminación del sarampión en Europa en el año 2015.

Fuente: El Mundo (España). 2013, julio 17.

Disponible en:

<http://www.elmundo.es/elmundo/2013/07/17/barcelona/1374084942.html>

POLIOVIRUS SALVAJE

Israel

Poliovirus salvaje de tipo 1 (WPV1) ha sido aislado en 30 muestras de aguas residuales procedentes de 10 sitios de muestreo en Israel. Las muestras se recolectaron del 3 de febrero de 2013 al 30 de junio de 2013. Las muestras positivas de WPV1 fueron detectadas en el sur de Israel. Todos los virus se han detectado en las aguas residuales. No se ha reportado ningún caso de poliomiélitis parálítica.

La detección de virus en todo el país indica mayor extensión geográfica de la circulación durante un período prolongado de tiempo. La OMS evalúa el riesgo de propagación internacional de WPV procedente de Israel de moderada a alta.

Las autoridades de salud de Israel siguen llevando una investigación epidemiológica completa para buscar activamente casos potenciales de poliomiélitis parálítica y cualquier persona no inmunizada.

La cobertura de inmunización se estima en 94 % o superior en los últimos ocho años. Se ha aumentado la frecuencia de muestreo de vigilancia ambiental. La vigilancia ambiental se utiliza frecuentemente en todo el mundo para apoyar la detección de enfermedades de importancia para la salud pública. Actividades similares están

implementando las autoridades de salud en Gaza y Cisjordania y no se ha detectado WPV hasta la fecha en estas áreas.

Traducido y sintetizado de: World Health Organization. 2013, julio 15. Disponible en:

http://www.who.int/csr/don/2013_07_15/en/index.html

CÓLERA Y DIARREA ACUOSA AGUDA

Namibia

Los trabajadores de la salud de Namibia trabajan frenéticamente para evitar que el brote de cólera en Angola se extienda a la región de Kunene en Namibia. Tres personas hasta ahora han sido ingresadas y tratadas para la enfermedad en la lejana región de Kunene, en el noroeste de país; todas eran ciudadanos de Angola. Los pacientes son de Okozondumbu y Okozongava, en Angola.

"La situación se agrava por el brote reportado en Angola. Hasta ahora la situación está bajo control.

Hasta ahora no hemos reforzado la vigilancia de las enfermedades. En este momento, estamos examinando todas las personas que están pasando el punto fronterizo Otjimuhaka desde Angola como parte de las medidas de prevención de la enfermedad,"dijo Shapumba.

Traducido y sintetizado de: Newera (Namibia). 2013, julio 17. Disponible en:

<http://www.newera.com.na/articles/53096/Cholera-alert-at-border->

India (Mumbai)

Las enfermedades transmitidas por el agua continúan afectando a los habitantes de Mumbai; en la última semana se reportaron 8 casos de cólera. También se han reportado más de 1 300 casos de gastroenteritis en los primeros 15 días de julio Mhaiskar, Comisario municipal dijo, "ha habido un aumento visible en casos de cólera y gastroenteritis. Tenemos 16 casos de cólera en tptal. Los casos recientes son de las mismas zonas donde se registraron los anteriores". Mhaiskar agregó que los voluntarios han estado recolectando muestras de agua.

Traducido y sintetizado de: Times of India. 2013, julio 17. Disponible en:

http://articles.timesofindia.indiatimes.com/2013-07-17/mumbai/40634793_1_cholera-and-gastroenteritis-cholera-patients-typhoid-and-hepatitis

DESDE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD: SEGUNDA REUNIÓN DEL COMITÉ DE EMERGENCIA DEL REGLAMENTO SANITARIO INTERNACIONAL RESPECTO A INFECCIÓN HUMANA CAUSADA POR EL SÍNDROME RESPIRATORIO POR EL CORONAVIRUS DEL MEDIO ORIENTE (MERS-COV)

La segunda reunión del Comité de Emergencias convocado por la Directora General de conformidad con el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se celebró mediante teleconferencia el miércoles 17 de julio de 2013, entre las 12.00 y las 16.04 horas (hora local de Ginebra). Además de los miembros del Comité de Emergencias, participó en la reunión un asesor experto1. Durante la parte informativa también participaron varios Estados Parte afectados.

Los Estados Parte que participaron en la teleconferencia fueron Alemania, Francia, Italia, Jordania, Qatar, el Reino de Arabia Saudita, el Reino Unido y Túnez.

La información sobre una variedad de aspectos del MERS-CoV, que había sido preparada o coordinada por la Secretaría y los Estados en respuesta a las preguntas planteadas por los miembros en la primera reunión, sirvió de base para el examen y las deliberaciones del Comité.

La decisión unánime del Comité fue que, sobre la base de la información que se tiene en el momento, y aplicando el criterio de evaluación de riesgos, no se cumplen las condiciones para considerar que se trata de una emergencia de salud pública de importancia internacional.

No obstante, los miembros del Comité sometieron a la consideración de la OMS y los Estados Miembros una serie de orientaciones técnicas acerca de una amplia gama de cuestiones, como las siguientes:

- El mejoramiento de la vigilancia epidemiológica, la capacidad de laboratorio, la búsqueda de contactos y los estudios serológicos.
- La prevención y el control de infecciones y la asistencia clínica.
- Orientaciones acerca de los viajes.
- La comunicación de riesgos.
- Las investigaciones científicas (epidemiológicas, clínicas y en animales).
- El mejoramiento de la recopilación de datos y la necesidad imperiosa de una notificación
- Completa y oportuna de todos los casos presuntos y confirmados de MERS-CoV a la OMS, con arreglo al Reglamento Sanitario Internacional (2005).

Sintetizado de: World Health Organization. La segunda reunión del Comité de Emergencias del RSI en torno al coronavirus causante del síndrome respiratorio por el coronavirus del Medio Oriente (MERS-CoV). 2013, julio
 17. Disponible en:
http://www.who.int/mediacentre/news/statements/2013/mers_cov_20130717/es/index.html

SÍNDROME RESPIRATORIO DEL MEDIO ORIENTE POR CORONAVIRUS

Arabia Saudita y Emiratos Árabes Unidos

La OMS ha sido informada de seis casos adicionales confirmados por laboratorio de infección por Síndrome respiratorio del Oriente Medio por coronavirus (MERS-CoV). De estos, dos casos se han notificado en Arabia Saudita y cuatro en Emiratos Árabes Unidos (EAU). Ambos casos en Arabia Saudita tienen síntomas leves y no están hospitalizados. Son de la región de Asir. El primer caso es un hombre de 26 años de edad, que es un contacto cercano con un caso confirmado por laboratorio previamente y el segundo caso es una mujer de 42 años que es una trabajadora de salud. En los Emiratos Árabes Unidos, los cuatro casos son trabajadores de salud de dos hospitales en Abu Dhabi que cuidaron a un paciente confirmado por laboratorio que se había informado previamente. Se trata de un hombre de 82 años de edad con condiciones médicas subyacentes que está actualmente en estado crítico.

De estos cuatro casos, un hombre de 28 años de edad y una mujer de 30 años no desarrollaron síntomas de la enfermedad. Los otros dos casos, dos mujeres de 30 y 40 años de edad, tenían síntomas respiratorios superiores leves y están en condición estable.

A nivel mundial, desde septiembre de 2012 hasta la fecha, se han notificado un total de 88 casos confirmados por laboratorio de infección con MERS-CoV, incluyendo 45 muertes.

Basado en la situación actual y la información disponible, se anima a todos los Estados miembros a continuar su vigilancia para las infecciones respiratorias agudas graves (IRA grave) y examinar cuidadosamente patrones inusuales. Los viajeros recientes que vuelven del Medio Oriente que desarrollan IRA grave deben analizarse para MERS-CoV según lo aconsejado en las recomendaciones actuales de vigilancia.

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 06/07/13.

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013 *
PINAR DEL RIO	4	7	638	754	125.76	150.39
ARTEMISA	5	10	532	1153	153.54	344.66
MAYABEQUE	1	3	351	326	125.09	119.35
LA HABANA	35	33	2501	2132	149.67	126.58
MATANZAS	4	5	604	745	127.27	156.01
VILLA CLARA	18	15	2114	1025	313.35	155.29
CIENFUEGOS	1	1	494	312	160.75	103.22
S. SPIRITUS	9	5	715	432	209.63	127.74
CIEGO DE AVILA	2	3	326	505	113.32	175.42
CAMAGÜEY	4	11	947	713	162.06	124.06
LAS TUNAS	3	13	458	590	118.66	156.58
HOLGUIN	9	23	729	765	98.41	104.36
GRANMA	6	13	556	395	94.49	67.65
SANTIAGO DE CUBA	28	15	2898	1560	319.30	171.07
GUANTANAMO	7	3	827	548	218.98	146.56
ISLA DE LA JUVENTUD	-	-	158	95	205.79	127.01
CUBA	136	160	14848	12050	169.47	138.60

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: 10/07/13.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Alimentos	6	9	238	201	2.12	1.80
Ciguatera *	-	-	22	19	0.20	0.17
Hepatitis viral **	-	-	8	2	0.07	0.02
EDA	1	-	7	9	0.06	0.08
IRA	1	1	65	49	0.58	0.44
Agua	-	-	8	11	0.07	0.10
Varicela	-	-	58	38	0.52	0.34

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

*Sin especificar especie. ** Sin especificar tipo.

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 06/07/13.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	2	-	0.02	0.02**
SHIGELLOSIS	7	15	177	223	2.97	3.77
D. AMEBIANA AGUDA	-	1	23	25	0.45	0.50
TUBERCULOSIS	10	8	345	351	5.88	6.02
LEPRA	2	7	128	130	2.23	2.28
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	20339	15522	372056	292325	6275.10	4968.39
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	9	4	0.12	0.05
MENINGOCOCCEMIA	-	-	1	4	0.02	0.07
TÉTANOS	-	-	-	1	0.02	0.02**
MENINGITIS VIRAL	114	33	1513	737	32.29	15.85
MENINGITIS BACTERIANA	3	2	140	144	2.93	3.04
VARICELA	136	160	14848	12034	169.47	138.42
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	5	18	398	276	6.37	4.45
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	3	11	0.04	0.13
LEPTOSPIROSIS	1	2	43	46	1.22	1.31
SÍFILIS	40	50	1392	1571	23.62	26.86
BLENORRAGIA	91	89	2925	2699	47.65	44.31
INFECC. RESP. AGUDAS	113487	94337	3258635	3104032	56260.90	54005.02

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. Denis Verdasquera Corcho.	Dra. Belkys Galindo Santana (Epidemiología)
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	Dra. Ángela Gala González (Epidemiología)

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633
 Internet://www.ipk.sld.cu