



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

El desafío global de <i>Candida auris</i> ¿estamos preparados para enfrentar esta emergencia sanitaria?.....	281
Situación del dengue, virus del zika y chikungunya en Colombia.....	283
Situación del dengue, virus del zika y chikungunya en Brasil.....	284
Brote de la enfermedad por virus del Ébola en República Democrática del Congo.....	285
Curso-taller sobre los retos en el tratamiento de pacientes con VIH-SIDA.....	286
Tablas:.....	287

EL DESAFÍO GLOBAL DE *CANDIDA AURIS* ¿ESTAMOS PREPARADOS PARA ENFRENTAR ESTA EMERGENCIA SANITARIA?

María Teresa Illnait-Zaragozí¹; Gerardo Felix Martínez Machín¹; Carlos Manuel Fernández Andreu¹; Javier Luis San Juan Galán¹; Rosario Esperanza Velar Martínez¹; Manuel Díaz González²; Mayda Rosa Perurena Lancha¹.

1 Laboratorio Nacional de Referencia de Micología. Centro de Investigación Diagnóstico y Referencia. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"

2 Departamento de Vigilancia e Investigaciones Epidemiológicas. Centro de Investigación Diagnóstico y Referencia. Instituto de Medicina Tropical "Pedro Kouri"

Candida auris se reportó por primera vez en 2009 a partir de una muestra ótica de un paciente japonés. No obstante, estudios retrospectivos ubican su origen en 2004 (cuatro aislados de una colección de 15 000 estaban erróneamente identificados como otra especie). En pocos años esta levadura se convirtió en motivo de preocupación debido al incremento del número de casos infectados por la misma y hasta el momento más de una

veintena de países reportan su presencia, entre ellos: Alemania, Australia, Austria, Bélgica, Canadá, China, Colombia, Emiratos Árabes Unidos, Egipto, Estados Unidos de América, España, Francia, India, Irán, Israel, Kenia, Kuwait, Corea del Sur, Malasia, Noruega, Omán, Pakistán, Países Bajos, Panamá, Reino Unido, Rusia, Arabia Saudita, Singapur, Suráfrica, Suecia, Tailandia y Venezuela, entre otros.

Una característica particularmente relevante, es su resistencia a múltiples clases de antifúngicos lo que se asocia de forma directa con la elevada mortalidad que ocasiona (30 - 60 % de los pacientes fallecen antes del mes de aparición del cuadro). De forma adicional, esta especie tiene la capacidad, poco usual en los hongos, de causar brotes epidémicos y de ser muy persistente en el ambiente de los hospitales donde ocurren estas infecciones.

Cerca del 50% de los casos de infección por *C. auris* que se reportan en Estados Unidos de América, están relacionados con fungemia. No obstante, esta especie se puede recuperar de la orina y de superficies corporales de individuos asintomáticos (las axilas, las ingles, las fosas nasales, los oídos, la orofaringe, el recto). Por lo general, la presencia de *Candida*, en estas últimas localizaciones se interpreta como colonización y muchos laboratorios no las identifican hasta nivel de especie. Estudios previos demuestran la presencia de *C. auris* en el suelo, las camas, las ventanas, las mesas, los equipos y utensilios en el entorno de los individuos colonizados. Estos hechos contribuyen de igual forma al fracaso de las medidas de control y a su dispersión en el ambiente hospitalario. La identificación temprana de *C. auris* es esencial para su contención. Esto constituye un gran reto, ya que los métodos convencionales y comerciales tales como el VITEK 2 YST, el API 20C, el sistema BD Phoenix y el MicroScan suelen identificarla erróneamente como *Candida haemulonii*, *Candida duobushaemulonii*, *Candida famata*, *Candida guilliermondii*, *Candida lusitaniae*, *Candida parapsilosis*, *Candida catenulate*, *Candida sake* o *Rhodotorula glutinis* (cuando no presenta su pigmento característico). Dichos errores provocan tratamientos inadecuados y retardo en la implementación de las medidas de control. De manera general los métodos más confiables para la identificación de esta especie, son los basados en espectrofotometría de masa (MALDI-TOF SM) y de biología molecular (secuenciación del espaciador ITS o de la región D1-D2 del

ARN ribosomal 28s). Cuba mantiene intercambio creciente con varios de los países donde la existencia de *C. auris* es un hecho. Según las recomendaciones internacionales, los individuos que estuvieron en contacto con instituciones médicas en dichos países deben ser estudiados a fin de detectar la posible introducción y diseminación de este agente. No obstante los laboratorios de microbiología de la red, incluyendo el Laboratorio Nacional de Referencia, carecen de estas herramientas para la detección presuntiva y confirmatoria de la levadura. A sabiendas de la amenaza que representa la misma, consideramos pertinente alertar a las autoridades de salud y a los microbiólogos de la red, sobre las potencialidades de su introducción y diseminación en el país, así como de la necesidad de introducir las herramientas para el diagnóstico microbiológico de esta especie y reforzar las acciones educativas sobre las medidas de desinfección para el control de las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria.

Referencias consultadas:

1. Casadevall A. Don't forget the fungi when considering global catastrophic biorisks. *Health Secur* 2017; 15:341–42.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Recommendations for healthcare facilities and laboratories around *C. auris*—<https://www.cdc.gov/fungal/diseases/candidiasis/recommendations.html>.
3. Chowdhary A, Sharma C, Meis JF. *Candida auris*: a rapidly emerging cause of hospital-acquired multidrug-resistant fungal infections globally. *PLoS Pathog.* 2017;13(5):e1006290. Published online 2017 May 18. doi: 10.1371/journal.ppat.1006290.

4. Meis FG, Chowdhary A. *Candida auris*: a global fungal public health threat. Lancet Infect Dis. 2018; 18(12):1298-1299. doi: 10.1016/S1473-3099(18)30609-1.
5. Spivak ES, Hanson KE. *Candida auris*: an emerging fungal pathogen. J Clin Microbiol. 2018;56:e01588-17. <https://doi.org/10.1128/JCM.01588-17>

SITUACIÓN DEL DENGUE, VIRUS DEL ZIKA Y CHIKUNGUNYA EN COLOMBIA.

Dengue

En la semana epidemiológica 35 de 2019 se notificaron 2 534 casos probables de dengue; 1 233 de esta semana y 1 301 de otras semanas. En el sistema hay 84 644 casos, 40 567 (47,9 %) sin signos de alarma, 43 158 (51,0 %) con signos de alarma y 919 (1,1%) de dengue grave. Por procedencia, los departamentos de Meta, Tolima, Huila, Santander, Norte de Santander, Casanare, Cesar y Antioquia aportan el 66,2 % (56 039) de los casos de dengue a nivel nacional.

Los casos de dengue proceden de 32 entidades territoriales, 4 distritos, 778 municipios y 18 países del exterior. El 50,0 % (41 853) de los casos de dengue se reportó en 30 municipios, con mayor frecuencia en: Villavicencio, con 7,7 % (6 455); Neiva, con 5,7 % (4 792); Cúcuta, con 3,7 % (3 125); Ibagué, con 2,6 % (2 194); Yopal (1 929) y Sincelejo (1 921), con 2,3 % cada uno; Bucaramanga, con 2,0 % (1 675); Cali (1 512) y Espinal (1 483), con 1,8 % cada uno; y Acacías, con 1,6 % (1 341)

Se ha confirmado el 52,7 % (22 765) de los casos de dengue con signos de alarma, las entidades que han confirmado más del 90,0 % de los casos notificados son Bogotá, Santa Marta, Chocó y Córdoba. Por otro lado, se ha confirmado el 62,7 % (576) de los casos de dengue grave y las entidades con el 100,0 % de los casos confirmados son Cauca y Guaviare. La incidencia nacional de dengue es de 315,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo. Para los departamentos de Amazonas, Meta, Casanare, Guainía, Huila, Arauca, Putumayo, Tolima, Vichada, Guaviare, Boyacá, Sucre, Vaupés,

Cundinamarca, Cesar y Norte de Santander se estiman tasas de incidencia superiores a 500 casos por 100 000 habitantes.

Chikungunya

A semana epidemiológica 35 de 2019 se han notificado 415 casos de chikungunya, para esta semana ingresaron 14 casos, 4 de esta semana y 10 de semanas anteriores. A la fecha se han reportado, 327 (78,8 %) confirmados por clínica, 39 (9,4 %) confirmados por laboratorio y 49 (11,8 %) sospechosos. Existe un descenso en la notificación del evento del 11,5 %, 54 casos menos, comparado con el mismo periodo analizado de 2018. El 13,3 % (55) de los casos pertenece a los grupos de riesgo, 4,6 % (19) gestantes, 5,5 % (23) menores de 5 años y 3,1 % (13) mayores de 65 años. El 55,2 % (229) de los casos procede de Putumayo, Cundinamarca, Santander, Tolima, Valle del Cauca y Antioquia. La incidencia a nivel nacional es de 1,54 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo y las entidades territoriales que registran las incidencias más altas son: Putumayo (35 casos por cada 100 000 habitantes) y Amazonas (24 casos por cada 100 000 habitantes). El comportamiento de la notificación a semana epidemiológica 35 de 2019, se encuentra por debajo del promedio histórico de 2017 y 2018; sin embargo, se observa que, durante las semanas epidemiológicas 13 y 28 se presentó el mayor número de casos ubicándose por encima del promedio histórico (figura 1).

A semana epidemiológica 35 Amazonas, Putumayo y Sucre presentan un aumento significativo de casos por encima de lo esperado.

Enfermedad por virus Zika

Para la semana epidemiológica 35 de 2019 se notificaron 8 casos de enfermedad por virus Zika. Para este año se han notificado 331 casos de enfermedad por virus Zika, 252 (76,1%) confirmados por clínica, 8 (2,4 %) confirmados por laboratorio y 71 (21,5%) sospechosos. Existe un descenso en la notificación del evento del 49,5%, 325 casos menos, comparado con el mismo periodo de 2018. A semana epidemiológica 35 se han notificado 93 (28,1 %) casos que pertenecen a los grupos de riesgo, 13,0 % (43) gestantes, 13,6 % (45) menores de un año y 1,5 % (5) mayores de 65 años. El 58,6 % (194) de los casos procede de las entidades territoriales de

Putumayo, Valle del Cauca, Meta, Santander y Cundinamarca. La incidencia a nivel nacional es de 1,3 casos por cada 100 000 habitantes en riesgo, las incidencias más altas registradas corresponden a Putumayo (41 casos por cada 100 000 habitantes) y Amazonas (13,7 casos por cada 100 000 habitantes). El comportamiento de la notificación del evento en 2019, se encuentra por debajo del promedio histórico de 2017 y 2018. Asimismo, se observó que, a esta semana Putumayo continúa presentando un aumento significativo por encima de lo esperado.

Fuente: Instituto Nacional de Salud de Colombia

SITUACIÓN DEL DENGUE, VIRUS DEL ZIKA Y CHIKUNGUNYA EN BRASIL.

Dengue

Hay un aumento de 599.5% en el número de casos probables en 2019 en comparación con el mismo período del año anterior.

El análisis del coeficiente de incidencia del dengue (número de casos / 100 mil habitantes) en 2019, hasta la SE 34, según las regiones geográficas, muestra que las regiones Central y Sudeste tienen la mayor incidencia: 1 196,1 casos / 100 mil habitantes y 1 139,2 casos / 100 mil habitantes, respectivamente

En el análisis de los Distrito Federales (DF), destacamos Minas Gerais (2 239,3 casos / 100 mil habitantes), Goiás (1 561,6 casos / 100 mil habitantes), Espírito Santo (1 493,3 casos / 100 mil habitantes), Mato Grosso do Sul (1 466,1 casos / 100 mil habitantes) y Distrito Federal (1 194,4 casos / 100 mil habitantes). En 2019, hasta la SE 34, se confirmaron 1 111 casos de dengue grave (DG) y 15 179 casos de dengue con señales de alarma (DSA). Es de destacar que 2 486 casos de DG y DSA siguen bajo investigación. Hasta la fecha (SE 34 de 2019), se han confirmado 591 células y 486

(82,2%) están bajo investigación. Los estados con el mayor número de muertes bajo investigación son: Minas Gerais (117), Sao Paulo (90), Goiás (94), Rio Grande do Norte (53), Pernambuco (37), Bahía (19) y Ceará (12).

Chikungunya

En 2019, hasta SE 34, 110,627 casos probables de chikungunya se registraron en el país.

En el mismo período para mayores de 80 años, con 0,83% de letalidad en este grupo de edad. A partir de 2018, se registraron 76,742 casos probables.

El análisis de la tasa de incidencia de casos probables de chikungunya (número de casos / 100 mil habitantes) en 2019, hasta SE 34, según las regiones geográficas, muestra que las regiones del sudeste y noreste presentan los valores más altos: 94.1 casos / 100 mil habitantes y 39,3 casos / 100 mil habitantes, respectivamente.

En el análisis de las DF, destacamos Río de Janeiro (447,4 casos / 100 mil habitantes) y Río Grande del Norte (255,8 casos / 100 mil habitantes).

En 2019, hasta el SE 34, se confirmaron 57 muertes (47 en Río de Janeiro, 5 en Bahía, 1 en Maranhão, 1 en Paraíba, 1 en Minas Gerais, 1 en Distrito Federal y 1 en Espírito Santo) por chikungunya. 29 machos y 28 hembras. Es de destacar que hay 65 muertes bajo investigación, 28 (43.1%) en el estado de Rio Grande do Norte y 22 (33.8%) en Pernambuco.

Zika

En 2019, hasta SE 33, se registraron 9 813 casos probables de Zika en el país. En el mismo período de 2018, se registraron 6 669 casos probables.

El análisis de la tasa de incidencia de casos probables de Zika (número de casos / 100 mil habitantes) en 2019, hasta SE 33, según las regiones geográficas, muestra que las regiones del noreste, medio oeste y norte presentan los valores más altos: 6.7 casos / 100 mil habitantes, 6.2 casos / 100 mil

habitantes. y 4.9 casos / 100 mil habitantes, respectivamente.

En el análisis de los DF, destacamos Tocantins (32.3 casos / 100 mil habitantes), Rio Grande do Norte (27.0 casos / 100 mil habitantes), Alagoas (18.0 casos / 100 mil habitantes) y Espírito Santo (15,7 casos / 100 mil habitantes).

En 2019, se registraron 1 649 casos probables de Zika en mujeres embarazadas, 447 de los cuales fueron confirmados. Es de destacar que el 42.95% (192) de los casos confirmados se registraron en Río de Janeiro, seguido de Espírito Santo (14.77%; 66), Minas Gerais (10.51%; 47), Alagoas (7.16 %; 32), Paraíba (3.58%; 16) y Mato Grosso do Sul (con 3.13%; 14). Todos los datos relacionados con esta queja son de Sinan Net.

En 2019, hasta SE 33, dos muertes fueron confirmadas por Zika en el estado de Paraíba.

Fuente: Ministerio de Salud de Brasil

BROTE DE LA ENFERMEDAD POR VIRUS DEL ÉBOLA EN REPÚBLICA DEMOCRÁTICA DEL CONGO.

El brote de la enfermedad del virus del Ébola (EVE) en las provincias de Kivu del Norte, Kivu del Sur e Ituri en la República Democrática del Congo continúa, con 17 zonas de salud y 59 áreas de salud que informaron casos confirmados en los últimos 21 días (del 18 de agosto al 7 de septiembre de 2019). Desde nuestro último informe el 1 de septiembre de 2019 (Boletín semanal 35), ha habido 48 nuevos casos confirmados y 33 nuevas muertes. Los principales puntos calientes del brote en los últimos 21 días son Kalunguta (16%; n=30), Beni (16%; n=30), Mambasa (13%; n= 24) y Mandima (13%; n = 23) casos respectivamente. Esto muestra un cambio en el orden de las zonas críticas, con menos casos nuevos confirmados en Beni y Mandima que en semanas anteriores, pero más en Kalunguta y Mambasa. Nueve zonas de salud, a saber, Mambasa, Beni, Katwa, Kyondo, Mandima, Butembo, Kalunguta, Kayna y Mutwanga han informado nuevos casos confirmados en los últimos siete días y siguen siendo puntos de atención.

A partir del 7 de septiembre de 2019, se han notificado un total de 3 079 casos de EVE, incluidos 2 968 confirmados y 111 casos probables. Hasta la fecha, se han informado casos confirmados de 29 zonas de salud: Ariwara (1), Bunia (4), Komanda (43), Lolwa (3), Mambasa (41), Mandima (272), Nyakunde (1), Rwampara (8) y Tchomia (2) en la provincia de Ituri; Alimbongo (5), Beni (665), Biena (16), Butembo (282), Goma (1), Kalunguta (173), Katwa (650), Kayna (25), Kyondo (22), Lubero (31), Mabalako (371), Manguredjipa (18), Masereka (50), Musienene (84), Mutwanga (32), Nyiragongo (3), Oicha (55), Pinga (1) y Vuhovi (103) en la provincia de Kivu del Norte y Mwenga (6) en la provincia de Kivu del Sur.

A partir del 7 de septiembre, se registraron un total de 2 064 muertes, incluyendo 1943 entre los casos confirmados, lo que resulta en una tasa de letalidad entre los casos confirmados del 66% (1 953/2 968). El número acumulado de trabajadores de salud afectados es ahora 157, que es el 5% de los casos confirmados y probables hasta la fecha.

El rastreo de contactos está en curso en 21 zonas de salud. Un total de 14 737 contactos están en seguimiento al 7 de septiembre de 2019, de los cuales 13 312 se han visto en las últimas 24 horas, que comprenden el 90% de los contactos, comparable a los de los últimos siete días (88%). Las alertas en las provincias afectadas continúan siendo generadas e investigadas. De las 2 380 alertas procesadas (de las cuales 2 328 eran nuevas) en las zonas de salud informadas el 7 de septiembre de 2019, 2316 fueron investigadas y 403 (17%) fueron validadas como casos sospechosos. El 17 de julio de 2019, el Director General de la OMS, Dr. Tedros Ghebreyesus, declaró el brote de EVE en la República Democrática del Congo como una Emergencia de Salud Pública de Preocupación Internacional (PHEIC), luego de una reunión del Comité de Regulaciones Internacionales de Salud para EVE.

Interpretación de la situación por la OMS

La respuesta al brote de EVE en la República Democrática del Congo sigue siendo cuestionada por la continua inseguridad y los focos de resistencia de la comunidad. Esto es motivo de gran preocupación, ya que estos factores impiden las actividades de respuesta, como el seguimiento de contactos, la vigilancia activa y los compromisos de la comunidad. Sin embargo, la disminución en el número de nuevos casos confirmados en Beni y Mandima es alentadora y estas tendencias deben continuar. Las autoridades locales y los socios deben continuar su respuesta sólida a la enfermedad, utilizando medidas de salud pública y de salud comunitaria nuevas y comprobadas, mientras que los donantes deben asegurarse de que el financiamiento esté presente para permitir esto y garantizar que no haya una mayor distribución geográfica de la enfermedad.

Fuente: Organización Mundial de la Salud

CURSO-TALLER SOBRE LOS RETOS EN EL TRATAMIENTO DE PACIENTES CON VIH-SIDA



IPK | 25-27/11/2019

Esta actividad, organizada por el Instituto de Medicina Tropical Pedro Kourí, tiene como objetivo continuar fortaleciendo las capacidades de tratamiento y seguimiento de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

Los participantes se actualizarán en cuanto a infecciones oportunistas mayores y menores; Para mayor información, puede dirigirse a:

-Dr. Jorge Pérez Avila jorge.perez@ipk.sld.cu

-Téc. Jorge Raúl Campos Díaz jcampos@ipk.sld.cu

inmunosenescencia celular en VIH y envejecimiento; desórdenes neurológicos, respiratorios, digestivos y renales. También se pondrán al día sobre los aspectos novedosos de la terapéutica con antirretrovirales y los aspectos fundamentales en la eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH.

-Lic. Lizette Gil del Valle, DraC. lgil@ipk.sld.cu

Enfermedades de Declaración Obligatoria: Varicela.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 07/09/19

PROVINCIAS	CASOS DE LA SEMANA		CASOS ACUMULADOS		TASAS ACUMULADAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019 *
PINAR DEL RIO	1	8	807	289	150.38	54.04
ARTEMISA	4	5	512	479	120.78	112.74
MAYABEQUE	3	5	385	424	115.79	127.64
LA HABANA	18	30	3182	3173	175.88	175.86
MATANZAS	10	11	903	874	146.73	141.84
VILLA CLARA	6	14	1133	1192	183.72	194.38
CIENFUEGOS	1	11	445	586	125.74	165.58
S. SPIRITUS	3	10	700	331	171.11	81.10
CIEGO DE AVILA	-	16	237	535	71.99	162.43
CAMAGÜEY	6	16	564	1066	94.38	179.36
LAS TUNAS	7	12	772	387	182.02	91.37
HOLGUIN	21	12	648	581	93.84	84.41
GRANMA	4	9	578	539	87.76	82.06
SANTIAGO DE CUBA	17	19	921	1238	119.81	161.54
GUANTANAMO	9	18	647	753	147.13	171.70
ISLA DE LA JUVENTUD	7	2	211	156	291.80	216.55
CUBA	117	198	12645	12603	137.57	137.44

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: 11/09/19.

TIPOS DE BROTES	SEMANAS		BROTOS ACUMULADOS		TASA ACUMULADA	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019
Alimentos	2	2	142	119	1.26	1.06
Ciguatera *	-	-	28	35	0.25	0.31
Hepatitis viral **	-	-	-	5	-	0.04
EDA	-	-	1	7	0.01	0.06
IRA	2	4	28	32	0.25	0.29
Agua	-	-	4	1	0.04	0.01
Varicela	1	1	47	51	0.42	0.45

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

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 07/09/19.

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2018	2019	2018	2019	2018	2019*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	1	-	0.01	0.01**
SHIGELLOSIS	2	3	235	99	2.67	1.13
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	9	8	0.09	0.08
TUBERCULOSIS	15	11	423	439	5.62	5.85
LEPRA	4	5	146	137	1.95	1.84
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	3177	3096	157085	117485	1827.43	1370.01
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	7	7	0.08	0.08
MENINGOCOCCEMIA	1	-	1	2	0.02	0.04
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	66	39	2621	1388	35.62	18.91
MENINGITIS BACTERIANA	15	7	268	241	3.35	3.02
VARICELA	117	198	12645	12586	137.57	137.26
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	7	14	257	401	4.14	6.48
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	1	1	19	21	0.24	0.27
LEPTOSPIROSIS	4	3	84	55	1.28	0.84
SÍFILIS	73	70	3402	2883	41.81	35.51
BLENORRAGIA	56	51	2107	1934	26.26	24.16
INFECC. RESP. AGUDAS	74735	69223	4239928	2983725	51411.48	36265.55

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.	
PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO: Téc. Irene Toledo Rodríguez	

Teléfono; (53-7) 2020625 y 2020652 Fax: (53-7) 2046051 y (53-7) 2020633

Internet: <http://instituciones.sld.cu/ipk>