



MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

Dirección Postal: Inst. "Pedro Kouri". Apartado Postal 601 Marianao 13. La Habana, Cuba

ISSN- 2490626

e-mail: ciipk@ipk.sld.cu

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

Índice

Actualización semanal de la COVID-19 en Cuba.....297
 Actualización epidemiológica de la situación del coronavirus (COVID-19) en el mundo.....298
 Alerta epidemiológica: COVID-19 en personal de salud.....298
 Causas genéticas e inmunitarias agravan la COVID-19.....300
 OPS: inmunidad de rebaño para la COVID-19 no es una estrategia, es una tragedia.....302
 Covid en el mundo: China logra 49 días sin casos autóctonos de COVID-19.....303
 Dengue, virus del Zika y Chikungunya en México.....303
 Tablas:.....304

ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.

Al cierre del día de ayer, 4 de octubre, se encuentran ingresados en hospitales para vigilancia clínica epidemiológica 4573 pacientes, de ellos: sospechosos 691, en vigilancia 3394 y confirmados 488.

Para COVID-19 se estudiaron 7334 muestras resultando 36 muestras positivas. El país acumula 651 035 muestras realizadas y 5845 positivas (0,90%). Por tanto, al cierre del día de ayer se confirman 36 casos nuevos, con un acumulado de 5845 en el país.

Los 36 casos diagnosticados son cubanos. Del total de casos (36): 34 (94,4%) fueron contactos de casos confirmados y dos (5,6%) sin fuente de infección precisada.

De los 36 casos confirmados, 19 (52,7%) fueron hombres y 17 (47,2%) mujeres. El 52,7% (19) de los casos positivos fueron asintomáticos.

Se reportan 123 fallecidos, dos evacuados y se acumulan 5232 pacientes recuperados (89,5%) (87 altas del día).



ACTUALIZACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE LA SITUACIÓN DEL CORONAVIRUS (COVID-19) EN EL MUNDO.

Desde el 31 de diciembre de 2019 y hasta el 2 de octubre de 2020, se han notificado 34350717 casos de COVID-19 (de acuerdo con las definiciones de caso aplicadas y las estrategias de prueba en los países afectados), incluidas 1023 876 muertes.

Se han notificado casos de:

África: 1 489 809 casos; los cinco países que notificaron la mayoría de los casos son Sudáfrica (676 084), Marruecos (126 044), Egipto (103 317), Etiopía (76 098) y Nigeria (59 001).

Asia: 10 702 442 casos; los cinco países que notificaron la mayoría de los casos son India (6 394 068), Irán (461 044), Irak (367 474), Bangladesh (364 987) y Arabia Saudita (335 097).

América: 16 915 337 casos; los cinco países que notifican la mayoría de los casos son Estados Unidos (7 277 814), Brasil (4 847 092), Colombia (835 339), Perú (818 297) y Argentina (764 989).

Europa: 5 208 834 casos; Los cinco países que notificaron la mayoría de los casos son Rusia (1 185 231), España (778 607), Francia (577 505), Reino Unido (460 178) e Italia (317 409).

Oceanía: 33 599 casos; los cinco países que notificaron la mayoría de los casos son Australia (27 096), Guam (2550), Polinesia

Francesa (1790), Nueva Zelanda (1492) y Papua Nueva Guinea (539).

Otros: se han notificado 696 casos en un medio de transporte internacional en Japón.

Se han reportado muertes por:

África: 36 086 muertes; los cinco países que notificaron más muertes son Sudáfrica (16 866), Egipto (5 946), Marruecos (2229), Argelia (1741) y Etiopía (1205).

Asia: 195 327 muertes; los cinco países que informaron más muertes son India (99 773), Irán (26 380), Indonesia (10 856), Irak (9 231) y Turquía (8 262).

América: 566 374 muertes; los cinco países que notifican más muertes son Estados Unidos (207 808), Brasil (144 680), México (78 078), Perú (32 535) y Colombia (26 196).

Europa: 225 102 muertes; Los cinco países que notificaron más muertes son Reino Unido (42 202), Italia (35 918), Francia (32 019), España (31 973) y Rusia (20 891).

Oceanía: 980 muertos; los cinco países que informaron más muertes son Australia (888), Guam (49), Nueva Zelanda (25), Polinesia Francesa (7) y Papua Nueva Guinea (7).

Otros: se han informado 7 muertes en un medio de transporte internacional en Japón.

Fuente: Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades

ALERTA EPIDEMIOLÓGICA: COVID-19 EN PERSONAL DE SALUD.

La Región de las Américas actualmente experimenta un incremento acelerado de casos notificados de la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), el número de casos notificados en las Américas entre el 1 de enero y el 28 de agosto de 2020, sobrepasa en 1,4 millones de casos, a los casos reportados en todas las cinco Regiones de la Organización Mundial de la Salud (OMS), durante el mismo periodo.

En la Región de las Américas, hasta el 28 de agosto de 2020, se notificaron un total de 13.005.995 casos, incluidas 458.444 defunciones en los 54 países/áreas/territorios de la Región. La mayor proporción de casos se notificaron en los Estados Unidos de América (45%) y Brasil (29%), mientras que las tasas de letalidad más altas se observaron en México (10,8%), Canadá (7,2%) y Ecuador (5,8%).

En las últimas 4 semanas se observó un incremento relativo de 26% de casos nuevos y 20% en defunciones. La mayor proporción de nuevos casos se continúan presentando en los Estados Unidos de América (36%) y Brasil (31%); mientras que la mayor proporción de nuevas defunciones se notificaron en los Estados Unidos de América (27%), Brasil (26%) y México (16%). Una mediana de 132.322 casos nuevos y 3.697 defunciones se notificaron cada 24 horas en las últimas 2 semanas.

En el mismo periodo, el mayor aumento relativo de casos y defunciones se observó en las subregiones de Islas del Caribe y del Océano Atlántico (33% en casos y 35% defunciones) de América Central (33% en casos y 28% defunciones) y de América del Sur (33% en casos y 27% defunciones). Considerando la situación epidemiológica de la Región, además de la actual y potencial sobrecarga de los sistemas de salud en consecuencia, es prioritario fortalecer los servicios de salud. El personal de salud es crucial para mantener los servicios de salud durante la pandemia de COVID-19.

El personal de primera línea realiza la evaluación clínica y administra el tratamiento a: los pacientes con COVID-19, los pacientes que se presentan con emergencias no relacionadas con COVID-19 y los pacientes que requieren controles de rutina. Uno de los mayores riesgos para el sistema de salud es una alta tasa de síndrome respiratorio agudo grave por coronavirus 2 (SARS-CoV-2) entre el personal de salud y la consiguiente falta de personal capacitado para garantizar una adecuada respuesta local o regional a la pandemia.

Este riesgo se ha incrementado por la necesidad de aumentar rápidamente la capacidad de unidades de cuidados intensivos (UCI), la redistribución del personal clínico a puestos de primera línea (por ejemplo, UCI o salas de atención a pacientes con COVID-19) y la contratación de personal con menos experiencia (p. ej., estudiantes recién egresados o personal sanitario de una especialidad no relacionada) a la fuerza laboral en respuesta a la pandemia.

En la mayoría de los países y territorios de la Región se ha informado de una transmisión comunitaria sostenida de persona a persona de COVID-19 y a eso se suma la transmisión en los servicios de salud. Las rutas de transmisión de COVID-19 incluyen el contacto directo y las gotitas. Además de los procedimientos de generación de aerosoles (PGA) los cuales también juegan un papel importante en la transmisión de COVID-19 en el entorno de servicios de salud.

El personal de salud podría exponerse a SARS-CoV-2 durante el trabajo en los servicios de salud, a través del contacto desprotegido con pacientes infectados o contacto con otros trabajadores de la salud infectados. La exposición en servicios de salud podría darse por el incumplimiento de procedimientos estándar para prevención y control de infecciones, uso inadecuado del equipo de protección personal (EPP), falta o insuficiente cantidad de EPP, insuficiente entrenamiento, estrés, presión de trabajo, sobrecarga de horas de trabajo, insuficiente número de profesionales de salud, entre otros. Este problema se aborda no solo mediante la implementación de medidas de prevención y control de infecciones (PCI) en los servicios de salud sino a través de la organización y gestión de los servicios de salud.

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud está monitoreando continuamente las capacidades de respuesta en los países y territorios de la Región a través de indicadores, para brindar apoyo estratégico a los países y territorios que lo requieran durante la respuesta a la pandemia.

En la Región de las Américas, hasta el 19 de agosto de 2020, de acuerdo con la información disponible de 191 países de la Región, se notificaron un total de 569.304 casos de COVID-19 en personal de salud, incluyendo 2.506 defunciones. De estos el 72% son mujeres y los grupos de edad con mayor proporción de casos confirmados fueron el de 30 a 39 años y el de 40 a 49 años.

Fuente: Organización Panamericana de la Salud

CAUSAS GENÉTICAS E INMUNITARIAS AGRAVAN LA COVID-19.

Un estudio internacional con participación del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) ha descubierto la existencia de causas genéticas e inmunológicas que agravan la COVID-19.

Más del 10 % de pacientes que desarrollan la COVID-19 grave, algunos de ellos jóvenes y sanos, tienen anticuerpos erróneos –o autoanticuerpos- que atacan al propio sistema inmunitario. Al menos otro 3,5 % son portadores de mutaciones genéticas que afectan a su respuesta inmunitaria.

En ambos grupos el resultado es básicamente el mismo: los pacientes presentan un defecto de la inmunidad mediada por los interferones tipo I, un grupo de 17 proteínas cruciales para la protección de nuestras células frente a las infecciones virales. El hallazgo podría contribuir a identificar personas con riesgo de sufrir una infección grave y a personalizar los tratamientos.

Estos descubrimientos, publicados en dos artículos en la revista **Science** (1 y 2), ayudan a explicar por qué algunos individuos desarrollan una infección por SARS-CoV-2, el virus causante de la COVID-19, mucho más grave que otros de la misma edad (incluyendo individuos entre 20 y 30 años sanos que requieren ingreso en UCI). Los hallazgos pueden también ayudar a comprender las bases moleculares que explicarían por qué la mortalidad es mayor en hombres que en mujeres.

“Los resultados demuestran que diferencias genéticas que existen en la población pueden explicar por qué personas sanas sin enfermedades previas que se infectan con SARS-CoV2 pueden llegar a desarrollar COVID-19 muy grave”, explica la investigadora del CSIC Anna Planas, del Instituto de Investigaciones Biomédicas de Barcelona (IIBB-CSIC), que ha participado en el estudio.

“Que más del 10 % de enfermos con la COVID-19 grave tenga autoanticuerpos neutralizantes significa que el propio organismo está bloqueando una importante vía de respuesta contra el virus”, añade Planas. “En estos estudios se presentan

evidencias de que los pacientes ya tenían estos anticuerpos antes de la infección, lo que indica que hay personas que tendrían un bloqueo en la respuesta antiviral que podría hacerles más susceptibles a la infección por SARS-CoV2”, añade.

“Además, que el 3,5 % de los pacientes con la COVID-19 grave tenga alteraciones en genes implicados en la respuesta antiviral mediada por la vía de interferón de tipo I significa que el sistema inmune de estos pacientes tiene menos capacidad para hacer frente a la infección por SARS-CoV2. Es posible que estudios genéticos en curso puedan encontrar otras variaciones genéticas que expliquen la diferente susceptibilidad de las personas a la infección por SARS-CoV2”, añade.

“Los resultados obtenidos probablemente tendrán repercusiones en el manejo y tratamiento de los enfermos con estas alteraciones, ya que permiten identificar a personas con riesgo de sufrir una infección grave y abre la vía para adaptar los tratamientos a los pacientes en función del defecto genético o molecular detectado, un ejemplo de medicina personalizada y de precisión”, comenta Carlos Rodríguez Gallego, del Hospital Universitario de Gran Canaria Dr. Negrín, que ha participado en el estudio.

El enigma de los enfermos con la COVID-19 atípicos

Estos resultados han sido obtenidos por investigadores del consorcio internacional COVID Human Genetic Effort, en el que colaboran cientos de centros de todo el mundo. El consorcio ha recabado muestras de pacientes de todo el mundo para estudiar si pudiera haber alguna base genética que explicara las diferencias de gravedad producidas por el SARS-Cov-2. En un primer estudio, los investigadores analizaron más de 650 muestras de pacientes hospitalizados con neumonía grave que requirieron ingreso en UCI (14 % de los cuales habían fallecido) y se analizaron también muestras de 530 individuos que tuvieron una infección asintomática o leve.

En este estudio se analizaron 13 genes que se sabía que eran críticos para la defensa frente al virus de la gripe; estos genes gobiernan la inmunidad mediada por los interferones tipo I. Los interferones tipo I son parte de la inmunidad innata e intrínseca, los componentes del sistema inmunológico que actúan inmediatamente para combatir y frenar la infección, antes de que la inmunidad adquirida o adaptativa comience a desarrollar sus mecanismos efectores de defensa, entre ellos la producción de anticuerpos, lo que tarda varios días. Los interferones tipo I son unas moléculas, del grupo de las citocinas, producidos por varios tipos de células, especialmente por células del sistema inmunológico, pocas horas tras una infección viral. Los interferones secretados son reconocidos por receptores que se encuentran en prácticamente todos los tipos celulares de nuestro organismo y desencadenan una potente actividad frente al virus.

Tras los estudios genéticos realizados en centros de secuenciación, pronto comenzó a verse que había pacientes graves que tenían variantes raras en estos 13 genes y más del 3 % de los pacientes graves, tenían mutaciones que afectaban profundamente a alguno de los genes estudiados. Experimentos posteriores mostraron que las células inmunológicas de esos pacientes no producían interferones tipo I en respuesta al SARS-CoV-2. Estudios realizados en la Universidad Rockefeller mostraron, además, que las células humanas portadoras de esas mutaciones eran más vulnerables al virus y morían en mayor cantidad y más rápidamente que las células sin esas mutaciones.

Una enfermedad autoinmune que bloquea las defensas

Se conocen al menos tres tipos de enfermedades infecciosas que, además de ser causadas por mutaciones que afectan a determinadas proteínas implicadas en la inmunidad frente a esos microorganismos, pueden ser también la consecuencia de la existencia de anticuerpos producidos

erróneamente (autoanticuerpos) frente a esas proteínas. En el consorcio se estudió por tanto si podría darse un escenario similar que predispusiera a la infección por SARS-CoV-2.

Se estudiaron 987 pacientes con neumonía grave por SARS-CoV-2 y se comprobó que más del 10 % de los pacientes tenían autoanticuerpos que se unían y neutralizaban la actividad de interferones tipo I. En algunos casos, esos autoanticuerpos se encontraban ya presentes en sueros de pacientes obtenidos antes de que los pacientes fueran infectados por el SARS-CoV-2; en otros pacientes, esos autoanticuerpos fueron detectados en muestras obtenidas al inicio de la infección, antes de que, en caso de ser desencadenados por el virus, el sistema inmunológico pudiera desarrollar la producción de esos anticuerpos. Sin embargo, esos autoanticuerpos no fueron detectados en 663 individuos con infección por SARS-CoV-2 asintomática o leve. Al analizar muestras de 1 227 individuos sanos, obtenidas antes de la pandemia de COVID-19, cuatro individuos (uno de cada 300) tenían estos autoanticuerpos.

“Los datos obtenidos indican que esos autoanticuerpos son la causa de la infección grave y no una consecuencia de la infección”, explica Carlos Rodríguez Gallego. “El hecho de que la mayoría de pacientes con COVID-19 grave con estos autoanticuerpos sean varones (95 %), indica que su producción podría estar relacionada con el sexo”, comenta Javier Martínez-Picado, investigador ICREA en IrsiCaixa (Barcelona), también autor de este artículo.

“Los pacientes con estos autoanticuerpos se podrían beneficiar de tratamientos dirigidos a la eliminación de estos autoanticuerpos o de tratamientos con interferones tipo I frente a los cuales el paciente no tenga autoanticuerpos”, explica David Dalmau, investigador de la Mutua de Terrassa (Barcelona), coautor del estudio.

octubre 04/2020 (Dicyt)

OPS: INMUNIDAD DE REBAÑO PARA LA COVID-19 NO ES UNA ESTRATEGIA, ES UNA TRAGEDIA.

«Dejar que las personas contraigan el COVID-19 para conseguir la inmunidad de rebaño no es una estrategia, es una tragedia», sostuvo este viernes el subdirector de la Organización Mundial de la Salud (OPS) en una sesión de preguntas y respuestas para el público en general.

Jarbas Barbosa advirtió que la mortalidad que se puede producir al intentar esa inmunidad comunitaria es muy elevada, sobre todo entre los adultos mayores o de las personas con alguna comorbilidad.

El experto en salud pública explicó que el concepto de inmunidad de rebaño se utiliza para las vacunas y citó el caso del sarampión, enfermedad que no requiere el 100% de cobertura con la vacuna para proteger a toda la comunidad ya que vacunando a un 95% de los niños, el otro 5% queda protegido.

«Es sencillo imaginar por qué: si el 95% está vacunado, la probabilidad de encontrar otra persona no vacunada es de una en 20, ese es el concepto de inmunidad de rebaño», abundó.

El doctor Barbosa agregó que este precepto varía para cada enfermedad y que, en el caso del COVID-19 aún no se sabe con exactitud qué proporción de personas infectadas debe haber para que la transmisión deje de ocurrir.

«No contamos aún con esa información. Tampoco sabemos si puede presentarse una segunda infección después de algunas semanas o meses, ni sabemos cuánto tiempo puede durar la protección después de haber tenido la enfermedad», enfatizó.

UN PRECIO MUY ALTO

«No es una estrategia válida», insistió Barbosa y se refirió al ejemplo de Suecia, un país que optó por no adoptar el distanciamiento social ni otras medidas recomendadas aspirando a alcanzar la inmunidad comunitaria. El resultado ha sido una tasa de mortalidad siete veces más alta que la de los otros países nórdicos, cuyas características son muy semejantes y por eso comparables.

«¿Está la sociedad dispuesta a pagar un precio tan alto en términos de muertes para una estrategia de la que no tenemos la certeza de que funcionará?», preguntó. «Yo creo que no», recalcó.

El subdirector afirmó que para proteger a las personas y salvar vidas, la alternativa es implementar todas las medidas que se conocen a nivel social y a nivel individual: distanciamiento físico, lavado de manos, uso de mascarillas, realización de pruebas y rastreo y aislamiento de los casos.

REAPERTURA ECONÓMICA Y AGOTAMIENTO SOCIAL

En la sesión virtual de preguntas y respuestas participó también el director del Departamento de Enfermedades Transmisibles de la OPS, quien coincidió con Barbosa y subrayó la importancia de que estas medidas se mantengan pese al agotamiento de la sociedad.

«Lo importante es evitar la infección», dijo Marcos Espinal, conminando a la población a combinar las tres principales provisiones: uso de mascarillas, lavado de manos y distanciamiento físico. «Una sola no funciona, hay que seguir las tres.»

Espinal reconoció que la magnitud de la crisis provocada por la pandemia del coronavirus coloca a los países en una situación muy precaria y que muchos de ellos precisan reactivar sus economías con urgencia.

«Si han de abrir, deben hacerlo lentamente», señaló y agregó que en esos casos hará falta un programa de educación fuerte porque la gente está fatigada y podría bajar la guardia.

«Hay que recordar constantemente a la población que no se pueden relajar las medidas de protección», apuntó.

En este renglón, instó a los gobiernos y sociedades a ser innovadores para vencer el cansancio que han generado los protocolos impuestos por la emergencia sanitaria.

(Fuente: Noticias ONU)

Fuente: Granma

COVID EN EL MUNDO: CHINA LOGRA 49 DÍAS SIN CASOS AUTÓCTONOS DE COVID-19.

China alcanzó este domingo los 49 días consecutivos libre de casos locales de COVID-19, pero sí detectó a 16 enfermos entre personas que llegaron desde otros países del mundo.

La Comisión Nacional de Salud indicó que con esa cifra la nación asiática acumula 2901 casos importados de la patología, mientras el total de confirmados en la parte continental, Hong Kong, Macao y Taiwán es de 91 121.

El índice de fallecidos se mantiene en 4746 y son 366 los asintomáticos que siguen bajo observación.

Las autoridades siguen atentas a Hong Kong, pues el viernes sumó una paciente con fuente desconocida de infección.

El territorio sureño experimentó desde julio un rebrote de COVID-19 que le disparó las estadísticas de víctimas, conllevó a adoptar fuertes medidas de distanciamiento social y lanzar un chequeo masivo de salud.

(Con información de PL)

París podría reforzar medidas sanitarias

La inversión de tendencia que el ministro de Salud francés, Olivier Véran, esperaba en estos días para evitar que París e Ile de France pasaran de ser zona roja a unas de máxima alerta sanitaria, no se produjo y el gobierno prepara el anuncio de nuevas medidas restrictivas.

Esta noche, Verán podría anunciar el cierre, a partir del lunes, de los bares de la capital francesa, mientras que los restaurantes esperan eludir esta medida poniendo en práctica un protocolo más rígido para recibir a sus clientes. Las últimas cifras demuestran que la curva de aumento de los contagios no da tregua, con casi 17 000 positivos en las últimas 24 horas, un verdadero récord.

El evidente agravamiento de la situación sanitaria surge también de una nota enviada por las autoridades sanitarias de los hospitales parisinos a los responsables de Recursos Humanos, en la que se pide la revocación de las vacaciones por el feriado de Todos los Santos, a fines de octubre.

En París, desde hace una semana los bares ya están obligados a cerrar sus puertas a partir de las 22. Los restaurantes solicitaron permanecer abiertos con el refuerzo de controles sanitarios, la toma de temperatura a los clientes, límites de grupos de 8 personas por mesa, así como el registro del nombre y la dirección de todos los clientes, para seguir la trazabilidad de los casos de COVID-19, si se presentaran. El consejo científico que asesora al gobierno de Emmanuel Macron emitirá sus opiniones el lunes.

Fuente: Cubadebate

DENGUE, VIRUS DEL ZIKA Y CHIKUNGUNYA EN MÉXICO.

En la semana epidemiológica (SE) 38 de 2020 se confirmaron 784 casos confirmados de dengue sin datos de alarma, se acumulan 8680 casos confirmados mientras que en la misma semana de 2019 se acumulaban 13 180 casos. Además, se reportaron 66 casos de dengue con datos de alarma y 21 de alarma severo, para un total acumulado de 1933 y 615 casos, respectivamente.

En la SE 38 de 2020 se reportaron 3 casos de virus del Zika, se acumulan 12. En la misma semana de 2019 se acumulaban 50. No se reportaron casos de chikungunya, se acumulan 3 casos contra 5 en la misma semana de 2019.

Fuente: Ministerio de Salud de México

Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 19/09/20

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2019	2020	2019	2020	2019	2020*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	2	3	110	76	1.39	0.96
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	8	2	0.13	0.03
TUBERCULOSIS	12	4	430	401	5.06	4.73
LEPRA	-	3	136	71	1.65	0.86
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	3247	1501	124968	81123	1474.63	959.43
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	8	4	0.09	0.04
MENINGOCOCCEMIA	-	-	2	-	0.04	0.04**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	24	28	1458	904	18.19	11.30
MENINGITIS BACTERIANA	6	6	248	163	3.09	2.04
VARICELA	234	61	13074	9943	151.26	115.30
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	2	46	399	909	5.02	11.47
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	-	-	20	2	0.22	0.02
LEPTOSPIROSIS	5	-	57	31	1.10	0.60
SÍFILIS	91	112	3048	3127	37.98	39.05
BLENORRAGIA	71	56	2093	2033	26.56	25.86
INFECC. RESP. AGUDAS	87885	31197	3157102	2082605	39119.99	25864.29

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>