



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

Actualización semanal de la COVID-19 en Cuba.....	377
Resultados relevantes del Instituto de Medicina Tropical 'Pedro Kouri' 2021.....	378
Balance mundial de la pandemia de COVID-19 el 8 de diciembre a las 11H00 GMT.....	380
Tras la vacuna, llega el turno de los tratamientos contra la COVID-19.....	381
La variante Ómicron ya está en casi 60 países, pero abundan los casos leves.....	383
Tablas:.....	384

ACTUALIZACIÓN SEMANAL DE LA COVID-19 EN CUBA.

Al cierre del día de ayer, 12 de diciembre, se encuentran ingresados 2 mil 663 pacientes, sospechosos 2 mil 034, en vigilancia 292 y confirmados activos 337. Para la COVID-19 se realizaron un total de 17 mil 506 muestras para la vigilancia en el día, resultando positivas 65. El país acumula 11 millones 346 mil 153 muestras realizadas y 963 mil 693 positivas. Del total de casos (65): 60 fueron contactos de casos confirmados; 1 con fuente de infección en el extranjero; 4 sin fuente de infección precisada. El 23,1% (15) de los 62 casos positivos fueron asintomáticos, acumulándose un total de 132 mil 796 que representa el 13,8 % de los confirmados hasta la fecha. Se acumulan 8 mil 313 fallecidos,

letalidad de 0,86% vs 1,97% en el mundo y 2,40% en Las Américas. Hasta el 12 diciembre se reportan 191 países y 32 territorios con casos de COVID-19, asciende a 270 millones 411 mil 314 los casos confirmados (+ 467 mil 0) con 22 millones 7 mil 101 casos activos y 5 millones 321 mil 716 fallecidos (+ 4 mil 669) para una letalidad de 1,97% (=). En la región de las Américas se reportan 99 millones 804 mil 462 casos confirmados (+ 72 mil 875), el 36,91% del total de casos reportados en el mundo, con 11 millones 227 mil 459 casos activos y 2 millones 398 mil 685 fallecidos (+ 859) para una letalidad de 2,4% (=).



RESULTADOS RELEVANTES DEL INSTITUTO DE MEDICINA TROPICAL 'PEDRO KOURI' 2021

1. Vigilancia clínico seroepidemiológica del dengue en La Habana. 1997-2019. **Autor principal:** DrC. Otto Reinaldo Peláez Sánchez. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
2. Contribución al estudio del origen, evolución y patogenia del CRF19_cpx, una forma recombinante de VIH-1 con alta prevalencia en Cuba. **Autores principales:** DrCs. Vivian Kourí Cardella, DrC. Luizette Pérez Santos. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
3. Contribución del IPK a la formación y desarrollo del profesional farmacéutico cubano en un periodo de 10 años (2011-2021). **Autores principales:** DrC. Lizette Gil del Valle y DrC. Lianet Monzote Fidalgo.
4. Estrés oxidativo en COVID 19. La aplicación de alternativas para su modulación . **Autor principal:** DrC. Lizette Gil del Valle. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
5. Marcadores de virulencia en aislados cubanos de *Helicobacter pylori*: relación con la edad y enfermedad gastroduodenal. **Autor principal:** Lic. Onelkis Feliciano. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
6. Brucelosis humana en Cuba: avances en su diagnóstico microbiológico. Retos y oportunidades. **Autor principal:** Dra. Odisney Lugo Suarez.. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
7. Impacto de las invasiones biológicas en la epidemiología de la fasciolosis: riesgos diferenciales según los hospederos. **Autores principales:** DrC. Antonio A. VÁZQUEZ , DrC. Annia ALBA. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
8. Técnica del Insecto Estéril: su eficacia en la supresión de una población natural de *Aedes aegypti* en Cuba. **Autor principal:** Dr. René Gato Armas. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
9. Herramientas para la formación académica en vigilancia, control, y eliminación de la tuberculosis en Cuba. **Autores principales:** DrC. Edilberto R. González Ochoa, Dra. Luisa A. Armas Pérez. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
10. Teniosis en Cuba: Evidencias epidemiológicas y moleculares de la circulación de *Taenia saginata*". **Autor principal:** DrC. Luis Enrique Jerez Puebla. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
11. Aportes científicos del Departamento de Control de Vectores del Instituto Pedro Kouri a la vigilancia de *Aedes aegypti* en Cuba 1981-2021. **Autores principales:** DrC. María del Carmen Marquetti Fernández y DrC. Juan Andrés Bisset Lazcano.
12. Caracterización molecular de plásmidos de virulencia en *Rhodococcus equi* aislados de pacientes cubanos con VIH/sida. **Autores principales:** DrC. Yaxsier de Armas Rodríguez, Dr. Daniel Salazar. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
13. Manual de obtención, transporte y conservación de muestras clínicas. **Autores principales:** DrC. Gilda Teresa Toraño, DrC. Maria Teresa Illnait, DrC. Maria de los Angeles Ribas.

14. Microscopía de fluorescencia LED como técnica alternativa de diagnóstico en el marco de la Estrategia Fin a la tuberculosis en Cuba. **Autores principales:** Dra. María Rosaris Martínez, Dra. Nancy Pedrera Pozo
15. Estudios clínico-epidemiológicos de las primeras infecciones por SARS-CoV-2 en Cuba. **Autores principales:** Dra. Niurka Molina Águila, Dra. Elba Cruz, Dr. Waldemar Baldoquín. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
16. Toxocarosis en Cuba. Contribución al desarrollo de herramientas diagnósticas. **Autor principal:** MSc. Idalia Sariego. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
17. Caracterización molecular del CVA24v aislado en Cuba durante cinco períodos epidémicos de conjuntivitis hemorrágica aguda, revela hallazgos en la epidemiología y patogenia del virus. **Autor principal:** DrC. Magile Fonseca. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
18. Evidencias de la calidad del diagnóstico serológico de sífilis en Cuba desde el Laboratorio Nacional de Referencia. **Autores principales:** DrC. Islay Rodríguez y MSc. Yudeimys Espinosa
19. Estudio Transcriptómico Multi-tejido en la enfermedad severa por dengue: Análisis in silico de posibles drogas para su manejo. **Autores principales:** DrC. Beatriz Sierra, DrC. Ana Beatriz Pérez. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
20. *Vibrio cholerae* no-O1. Un patógeno potencial en Cuba. **Autor principal:** DrC. Anabel Fernández. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
21. Prevención y control de enfermedades transmitidas por vectores: contribuciones del abordaje realista de intervenciones basadas en la comunidad. **Autor principal:** DrC. Dennis Pérez Chacón. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**
22. Estudio microbiológico y epidemiológico en pacientes COVID-19 graves, críticos y fallecidos. **Autores principales:** DrCs. Maria G. Guzmán, DrC. Dianelys Quiñones, DrC. Lissette Pérez, Dra. Niurka Molina, MSc. Yahisel Tejero, Dra. Yenisel Carmona, DrC. María T. Illnait, DrC. Gilda Toraño, Dr. Daniel Salazar, MSc. Dailyn Medero, Dra. Gisela Toledo, Dra. Yanaris López Almaguer, DrCs. Vivian Kouri. **PROPUESTA A PREMIO DE LA ACADEMIA DE CIENCIAS DE CUBA.**

BALANCE MUNDIAL DE LA PANDEMIA DE COVID-19 EL 8 DE DICIEMBRE A LAS 11H00 GMT.

La pandemia de nuevo coronavirus ha provocado al menos 5 270 700 muertos en el mundo desde que la oficina de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en China dio cuenta de la aparición de la enfermedad en diciembre de 2019, según un balance establecido por AFP este miércoles a las 11H00 GMT a partir de fuentes oficiales. Desde el comienzo de la epidemia más de 266 541 050 personas contrajeron la enfermedad. La gran mayoría de los enfermos se recupera, pero una parte aún mal evaluada conserva los síntomas durante semanas o, incluso, meses. Las cifras se basan en los reportes comunicados diariamente por las autoridades sanitarias de cada país y excluyen las correcciones realizadas a posteriori por los diferentes organismos de estadística que concluyen que la cantidad de decesos es mucho más importante. La OMS estima incluso que si se tiene en cuenta la sobre mortalidad vinculada a covid-19, directa e indirecta, el balance de la pandemia podría ser dos a tres veces más elevado que el registrado oficialmente. Una parte considerable de los casos menos graves o asintomáticos sigue sin detectarse a pesar de la intensificación de los test de diagnóstico en numerosos países. El martes se registraron en el mundo 8 780 nuevas muertes y 697 766 contagios. Los países que más fallecidos registraron según los últimos balances oficiales son Estados Unidos con 1 735, Rusia (1 179) y Polonia (591). La cantidad de muertos en Estados Unidos asciende a 791 514 con 49 389 503 contagios. Después de Estados Unidos, los países con más víctimas mortales son Brasil, con 616 018 muertos y 22 157 726 casos, India, con 473 952 muertos

(34 656 822 casos), México, con 295 601 muertos (3 905 319 casos), y Rusia, con 284 823 muertos (9 895 597 casos). Entre los países más golpeados, Perú registra la mayor tasa de mortalidad, con 611 decesos por cada 100 000 habitantes, seguido de Bulgaria (418), Bosnia (391), Montenegro (372), Hungría (371), Macedonia del Norte (368) y República Checa (318). El miércoles a las 11H00 GMT y desde el comienzo de la epidemia, Europa sumaba 1 553 792 fallecidos (87 398 754 contagios), América Latina y el Caribe 1 545 316 (46 847 806), Asia 906 999 (57 551 212), Estados Unidos y Canadá 821 332 (51 204 007), África 224 085 (8 809 001), Medio Oriente 215 790 (14 407 594), y Oceanía 3 386 (322 680). Este balance fue realizado utilizando datos de las autoridades nacionales recopilados por las oficinas de AFP y con informaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Debido a correcciones de las autoridades o la publicación tardía de los datos, el aumento de las cifras publicadas en 24 horas puede no encajar exactamente con los números del día anterior. diciembre 08/2021 (AFP) – Tomado de la Selección Temática sobre Medicina de Prensa Latina. Copyright 2019. Agencia Informativa Latinoamericana Prensa Latina S.A. diciembre 9, 2021 | Dra. María Elena Reyes González | Filed under: Coronavirus, COVID-19, Cuidados críticos, Cuidados Intensivos, Enfermedades infecciosas, Enfermedades Respiratorias, Enfermedades transmisibles, Epidemiología, Estadística, Medicina, Neumología, Salud Pública, zoonosis | Etiquetas: COVID-19, letalidad, morbilidad, mortalidad, pandemia, SARS-CoV-2

TRAS LA VACUNA, LLEGA EL TURNO DE LOS TRATAMIENTOS CONTRA LA COVID-19.

dicembre 12/2021 (Diario Médico). Cada infección de covid-19 supone un doble reto. El coronavirus tiene éxito si supera la barrera de nuestras defensas y sale indemne de nuestro cuerpo o modificado por ellas. Mientras, nosotros nos enfrentamos a una lotería a la que jugamos sin ver qué número llevamos. Aunque hay grupos de riesgo, no sabemos si pasaremos la enfermedad sin problemas o nos dejará secuelas (*en forma de covid persistente*), sobreviviremos por los pelos o moriremos.

Con las vacunas el panorama que se dibuja es otro bien diferente. Los inmunizados apenas tienen complicaciones o resulta poco probable un desenlace fatal. Pero las reglas del juego aún son las mismas. El virus no tiene prohibido mutar, la diversidad humana constituye su campo de entrenamiento, la vacuna no evita el contagio al 100 % ni en la actualidad al alcance de todos. Aún hay vías de escape. Los científicos lo saben y las vigilan. Como ejemplo, ahora tenemos lo que ha supuesto el origen de ómicron y el maremoto que está suponiendo enfrentarse a un nuevo patógeno de la familia del SARS-CoV-2.

Como el virus tiene un ciclo vital, es clave emplear algunos fármacos al principio de la infección para evitar la replicación.

Unos apuntan con microscopios de resolución atómica a cada una de sus moléculas. Otros rastrean su secuencia genética para localizar mutaciones. Las farmacéuticas ensayan distintos remedios, mientras el personal médico aplica en hospitales lo autorizado por agencias del medicamento para curar. Al principio trabajaron a ciegas. Hoy, el arsenal terapéutico contra la enfermedad de covid da sus frutos. Tenemos vacunas, antiinflamatorios, anticoagulantes, antivirales. Pero no todas las opciones son buenas para algunos pacientes y no todos responden igual.

En algunos pacientes se usa de forma preventiva los anticoagulantes para evitar el desarrollo de trombos y sus secuelas

Por edad o por enfermedades previas, algunas personas no generan anticuerpos aunque se vacunen. Además, el virus tiene un ciclo y, como en toda enfermedad, no es lo mismo cogerla a tiempo que hacerlo más tarde.

De ahí la búsqueda de nuevos fármacos para distintos casos y momentos: para pacientes recién infectados, cuando desarrollan la enfermedad grave o cuando sus opciones se agotan. *«Hay cuatro pilares en el tratamiento de la covid: el oxígeno, los antiinflamatorios, la anticoagulación y los antivirales»*, comenta José Ramón Arribas, jefe de la Sección de Medicina Interna del Hospital Universitario La Paz (Madrid) y experto de la *Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*.

La batalla por el oxígeno

El SARS-CoV-2 constituye un coronavirus que causa síndrome respiratorio agudo. Infecta a través de las vías respiratorias. En una primera fase (hasta el sexto día) el virus se multiplica. *«En la segunda fase, predomina la inflamación de los pulmones»*, explica Arribas.

«Cuando el paciente va mal, la inflamación impide que absorba el oxígeno». Según su evolución, la batalla por la oxigenación va escalando, primero se le pondrán las gafas nasales, luego se pasará a la ventilación no invasiva o mediante intubación y como último recurso llegará la ventilación mecánica.

El primer fármaco eficaz contra la enfermedad de covid que tuvieron los hospitales fue un antiinflamatorio. *«La dexametasona»*, afirma Arribas, un esteroide que *«disminuye la inflamación en el pulmón»*. Se encuentra en la lista de recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en pacientes hospitalizados que necesiten oxígeno. Si no mejoran, el siguiente antiinflamatorio sería el *tocilizumab*.

Otra complicación que se desarrolla en la infección del SARS-CoV-2 la produce el propio sistema inmune al activar la coagulación de la sangre.

En este punto, hay arsenal terapéutico para hacer frente a esta nueva secuela. En este caso se pone en marcha la terapia con anticoagulantes, como la heparina, que evitan que se formen trombos y desatar complicaciones cerebrovasculares y cardiológicas. Por eso, el tratamiento también se aplica preventivamente en pacientes de riesgo.

La eficacia de los antivirales tiene una ventana temporal limitada.

Antiviral oral, el nuevo paradigma

En cuanto a los antivirales, dado que el virus responsable de la infección, el SARS-CoV-2, se multiplica hasta el séptimo día tras la infección, la primera semana resulta crucial y por muy prometedoros que sean estos fármacos, su eficacia se encuentra limitada a una ventana temporal concreta, por lo que al final se convierte en una carrera a contrarreloj. Por ello, la detección temprana juega un papel crucial. «Recomendamos empezar el antiviral en las primeras 48-72 horas, porque si no, ya no es eficaz», advierte Arribas. El primer antiviral empleado en nuestros hospitales fue el remdesivir (desarrollado por Gilead Sciences). «Resulta más eficaz cuanto antes se administre al paciente», recalca Arribas. Se aplica en enfermos hospitalizados con síntomas de menos de siete días, por vía intravenosa. En la actualidad, el laboratorio Gilead Sciences trabaja en el desarrollo de su forma oral.

Las expectativas se encuentran en lo que ya llega, los antivirales orales molnupiravir (de Merck) y paxlovid (de Pfizer). Cuentan con una característica primordial, se les atribuye la condición de que son presumiblemente esterilizantes como anuncian los fabricantes. ¿Esto qué significa? Que son capaces de parar la replicación viral, «podrían evitar la transmisión del virus», destaca Arribas.

De este modo, los primeros datos de molnupiravir apuntan a que al quinto día de tratamiento no crecen virus en los cultivos de los pacientes. Y, sobre, paxlovid se trata de un inhibidor de la proteasa viral, un tipo de fármaco eficaz en el VIH.

Al ser orales, se presentan en forma de pastilla, su precio será asequible y su administración no precisará de un hospital

como intermediario. Pero todavía «resulta importante que se tomen justo en los primeros días en los que se curse la enfermedad, lo que requiere que sean muy accesibles, que si empiezas con síntomas puedas acudir al médico rápido, que te hagan la prueba en seguida y que te lo tomes lo antes posible», señala Arribas.

Alternativas en pacientes de riesgo

No todos los vacunados producen anticuerpos y según qué patologías se desaconseja la vacuna. Con la edad, el sistema inmunitario envejece y no resulta tan eficaz como antes, como ocurre en personas inmunodeprimidas, cuyos activos defensivos del organismo ofrecen poca resistencia, lo que provoca que el virus tenga una ventana de más tiempo para replicarse y surgen variantes con muchas mutaciones. En la actualidad, el mejor ejemplo lo ilustra ómicron.

Para ambas situaciones se ponen en práctica a través de los tratamientos como el plasma de convaleciente (con anticuerpos de personas que han superado la enfermedad), beneficioso en los primeros días, pero no en la forma de covid grave. En estos casos también se encuentran como opción terapéutica los anticuerpos monoclonales, que se destinan para aquellas personas con factores de riesgo o mal pronóstico de la enfermedad infecciosa (inmunodeprimidos, diabetes, cardiopatías). Cuando «estos individuos se infectan de forma precoz, necesitan un tratamiento que impida que la infección progrese», apunta Rafael Cuervo, responsable médico de GSK en España de tratamientos de covid-19.

Generados en un laboratorio a partir de los anticuerpos más eficaces que producen los pacientes que superan la enfermedad de covid, esta suerte de defensas artificiales del organismo se encuentran «dirigidas frente a antígenos específicos y podrían ayudar a nuestro sistema inmune a frenar enfermedades como el covid y sus variantes», comenta Cuervo. Su administración sería intravenosa y menos asequible como un antiviral oral, no obstante cabe la posibilidad de «proporcionar una inmunidad inmediata que puede funcionar en horas o días, en lugar de semanas», un tiempo importante en estos grupos de pacientes.

LA VARIANTE ÓMICRON YA ESTÁ EN CASI 60 PAÍSES, PERO ABUNDAN LOS CASOS LEVES.

dicembre 10/2021 (SINC). El informe epidemiológico semanal de la Organización Mundial de la Salud señala que la nueva variante ómicron parece causar menos casos graves que la delta. Sin embargo, preocupa el fuerte aumento de casos en países del sur de África, así como su aparentemente alto nivel de reinfección. Un total de 57 países han detectado ya casos de la nueva variante ómicron del coronavirus, aunque muchos de ellos con síntomas leves o sin ellos, destacó este miércoles la *Organización Mundial de la Salud (OMS)*, en un informe donde alerta sobre la alta posibilidad de reinfección que parece tener la nueva cepa. El informe epidemiológico semanal de la organización subraya que los 212 casos confirmados en 18 países de la Unión Europea (UE) fueron en personas con síntomas leves o incluso asintomáticas. La OMS advierte, sin embargo, que, aunque la variante ómicron pueda causar menos casos graves que la delta (predominante en la actualidad) podría aumentar las hospitalizaciones y las muertes si, como se teme, es más contagiosa y causa más infecciones en general. Los 212 casos confirmados en 18 países de la Unión Europea fueron en personas con síntomas leves o incluso asintomáticas. En los últimos 60 días, de los 900 000 casos de covid-19 analizados por la *red de laboratorios global GISAID* más del 99 % siguen siendo causados por la variante delta del coronavirus, y sólo 713 (0,1 %) pertenecen a la ómicron. Sin embargo, ese número es considerablemente mayor al indicado por la OMS hace una semana (cuando GISAID había identificado 14 casos de ómicron) y la variante ya supera en número a otras anteriormente detectadas, como la alfa o la gamma. La organización cita previsiones del Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, que espera que la ómicron se convierta en la variante dominante en la UE (más del 50 %

de los casos) entre enero y marzo de 2022, dependiendo del nivel de transmisibilidad que acabe teniendo. La OMS también resalta el fuerte aumento de casos en países del sur de África, la región donde la ómicron fue primero detectada: no solo Sudáfrica, donde los casos se han duplicado en una semana (111 % más), sino Eswatini (1 990 %), Zimbabue (1 361 %), Mozambique (1 207 %), Namibia (681 %) y Lesoto (219 %). No obstante, el informe subraya que estos fuertes aumentos podrían estar relacionados con el mayor número de tests de diagnóstico que se han practicado en esos países durante las últimas semanas debido a la alarma por la variante ómicron.

Alto nivel de reinfección

Uno de los puntos de mayor preocupación de la nueva variante es su aparentemente alto nivel de reinfección, es decir, la capacidad de infectar a personas que ya han tenido antes la enfermedad y habían desarrollado por ello anticuerpos naturales contra el coronavirus. Preocupa el aparentemente alto nivel de reinfección de la variante ómicron, es decir, su capacidad de infectar a personas que ya habían pasado la enfermedad y tenían anticuerpos. La OMS subraya en ese sentido que la variante parece extenderse rápidamente en una población altamente inmunizada como era la de Sudáfrica. Aunque la tasa de vacunación contra la covid en Sudáfrica es baja (de alrededor del 35 %), la OMS cree que el país tiene un nivel de inmunización de sus adultos de entre el 60 % y el 80 %, debido al alto número de personas que se estima que pasaron la enfermedad. El informe de la OMS sigue sin arrojar luz sobre el posible efecto de la nueva variante en las vacunas anticovid, pero señala que los tratamientos usados en casos graves de la enfermedad (corticosteroides, antagonistas de interleucina-6) parecen seguir funcionando ante esta cepa.

**Cuba, Enfermedades de Declaración Obligatoria (EDO) Seleccionadas.
Número de casos en la semana y acumulados hasta: 27/11/21**

ENFERMEDADES	EN LA SEMANA		ACUMULADOS		TASAS	
	2020	2021	2020	2021	2020	2021*
FIEBRE TIFOIDEA	-	-	-	-	-	._**
SHIGELLOSIS	1	1	88	33	0.86	0.32
D. AMEBIANA AGUDA	-	-	4	1	0.04	0.01
TUBERCULOSIS	10	8	428	402	4.25	4.00
LEPRA	2	1	101	73	1.03	0.74
TOSFERINA	-	-	-	-	-	._**
ENF. DIARREICAS AGUDAS	1900	1837	95518	95221	928.91	927.31
M. MENINGOCÓCCICA.	-	-	5	2	0.04	0.02
MENINGOCOCCEMIA	-	-	-	-	-	._**
TÉTANOS	-	-	-	-	-	._**
MENINGITIS VIRAL	29	13	1140	541	11.25	5.35
MENINGITIS BACTERIANA	-	6	202	102	2.04	1.03
VARICELA	126	82	10789	3418	101.96	32.35
SARAMPIÓN	-	-	-	-	-	._**
RUBÉOLA	-	-	-	-	-	._**
HEPATITIS VIRAL	71	11	1265	1229	13.55	13.18
PAROTIDITIS	-	-	-	-	-	._**
PALUDISMO IMPORTADO	1	-	3	9	0.03	0.08
LEPTOSPIROSIS	-	-	35	23	0.52	0.34
SÍFILIS	104	118	4036	3288	40.45	33.00
BLENORRAGIA	53	40	2493	1610	24.75	16.00
INFECC. RESP. AGUDAS	37235	63389	2336022	2585219	22778.89	25243.84

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>