



Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico

Semana 24 (del 12 al 18 de Junio de 2016)

CONTENIDO

1. Monografía: Zika - Actualización Epidemiológica 16 de junio de 2016
2. Situación Epidemiológica de Zika
3. Situación epidemiológica de Dengue
4. Situación epidemiológica de CHIK
5. Resumen de eventos de notificación hasta SE 24/2016
6. Enfermedad diarreica Aguda
7. Infección respiratoria aguda
8. Neumonías
9. Situación regional de Influenza y otros virus respiratorios
10. Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios. El Salvador
11. Vigilancia centinela de rotavirus
12. Mortalidad materna
13. Mortalidad en menores de 5 años

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 24 del año 2016. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,128 unidades notificadoras (90.3%) del total (1,234), por lo que los datos se deben considerar como preliminares al cierre de este día. La proporción menor de unidades notificadoras que reportaron fue de 71.5% en la región Metropolitana.

Se emplearon datos de casos notificados en el VIGEPES y hospitalizaciones registradas en el SIMMOW. Se completó la información con datos provenientes de la Vigilancia Centinela Integrada para Virus Respiratorios y Rotavirus, datos estadísticos sistema dengue-vectores.

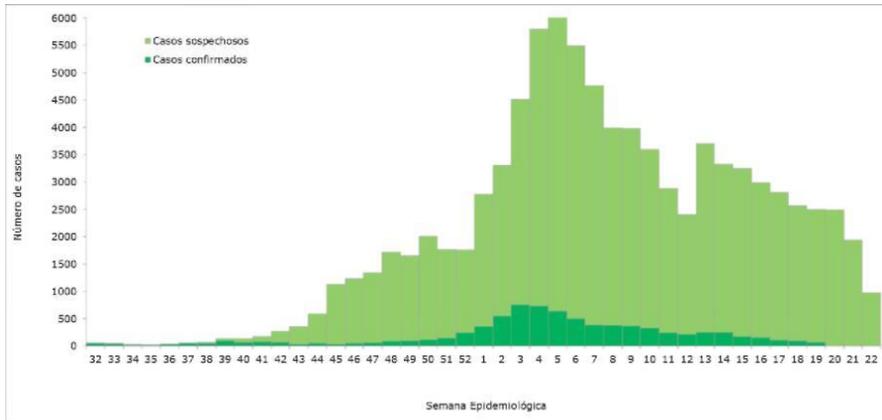
En mortalidad materna e infantil, se utilizan valores absolutos y proporciones de las variables: grupo de edad, procedencia y causas de mortalidad. Los datos utilizados proceden de los registros de egresos del Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW), VIGEPES e información de la USSR.

Las muertes maternas incluyen las auditadas, ocurridas en Hospitales del MINSAL, Sector Salud y comunitaria, se excluyen las muertes de otra nacionalidad.

Las muertes infantiles incluyen las que ocurrieron en los hospitales del MINSAL, se excluyen las de otra nacionalidad.

La curva epidémica a nivel nacional, muestra una tendencia al descenso (**figura 2**); sin embargo en 20 de los 930 municipios a riesgo se observa incremento de casos.

Figura 2. Casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus del Zika. Colombia SE 32 de 2015 a la SE 22 de 2016.



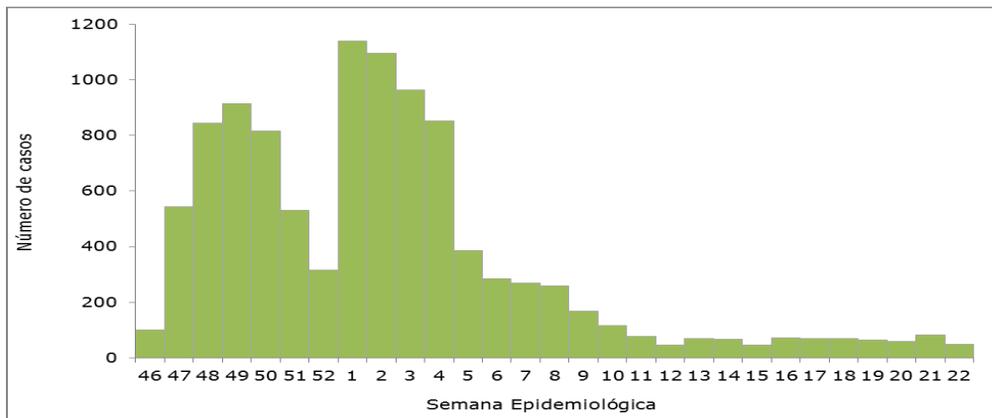
Fuente: Dato proporcionado por el Ministerio de Salud de Colombia a la OPS/OMS

De acuerdo a la distribución geográfica, las entidades territoriales Valle del Cauca, Norte Santander, Santander, Tolima y Huila concentran 58% del total de casos sospechosos y 53% del total de casos confirmados. Estas mismas entidades territoriales, además presentan tasas de incidencia superiores a la tasa nacional (277,29 por 100.000 hab. en riesgo)

El Salvador

Desde la notificación de los primeros casos en la SE 46 de 2015 y hasta la SE 22 de 2016, se registran 10.476 casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus del Zika, con un máximo de casos en las SE 49 de 2015 y SE 1 de 2016 (914 y 1.140 casos respectiva mente), con tendencia decreciente (**figura 4**)

Figura 4. Casos sospechosos y confirmados de enfermedad por el virus del Zika. El Salvador, SE 46 de 2015 a la SE 22 de 2016.



Fuente: Dato proporcionado por el Ministerio de Salud de El Salvador a la OPS/OMS

Enfermedad por el virus del Zika en gestantes

Veintiún países y territorios de las Américas notificaron casos confirmados y sospechosos de enfermedad por el virus del Zika en mujeres embarazadas

Tabla 1. Países y territorios de las Américas con casos confirmados y sospechosos de enfermedad por el virus del Zika en gestantes.

Países y territorios que han notificado enfermedad por el virus del Zika en gestantes			
Barbados	Ecuador	Martinica	República Dominicana
Brasil	El Salvador	México	San Martín
Bolivia	Guayana Francesa	Nicaragua	Venezuela
Colombia	Guadalupe	Panamá	
Costa Rica	Guatemala	Paraguay	
Dominica	Honduras	Puerto Rico	

A continuación se presentan los resultados del monitoreo de la enfermedad por el virus del Zika en mujeres embarazadas en Colombia y en El Salvador.

Colombia

Desde el inicio de la epidemia por el virus del Zika y hasta la SE 22 del 2016, se han notificado 16.323 casos de enfermedad por el virus del Zika en mujeres embarazadas, de los cuales 5.420 fueron confirmados por laboratorio. Según entidad territorial de residencia, 1.203 (19%) del total de gestantes en las que se confirmó la infección por el virus del Zika residen en el departamento Norte de Santander.

A la SE 17, del total de 13.728 mujeres embarazadas con sospecha o en las que se confirmó la infección por el virus del Zika, 5.287 terminaron su embarazo y 8.442 aún continúan embarazadas. En la **Tabla 2** se indica el trimestre de sospecha o confirmación de la infección por el virus del Zika.

Tabla 2. Gestantes con sospecha o confirmación de la infección por el virus del Zika. Colombia, SE 32 de 2015 a SE 17 de 2016.

Trimestre de sospecha o confirmación de la infección por el virus del Zika	Embarazo finalizado	Embarazo en curso	Total
Primer trimestre	376	2.693	3.068
Segundo trimestre	1.325	2.654	3.979
Tercer trimestre	3.270	738	4.008
Sin dato	316	2.357	2.673
Total	5.287	8.442	13.728

Fuente: Dato proporcionado por el Ministerio de Salud de Colombia a la OPS/OMS

De las 5.287 mujeres que culminaron su embarazo, 4.971 dieron a luz recién nacidos vivos y en 316 se registró muerte fetal y perinatal (68,3% terminó en aborto, 29,4% en muerte perinatal y en 2,2% se desconoce la condición final). El 58,2% de las mujeres en las que se registró muerte fetal y perinatal, adquirió la infección por el virus del Zika durante el primer trimestre

El Salvador

El monitoreo de infección por el virus Zika en embarazadas se implementó en El Salvador a partir de la SE 48 de 2015. Desde entonces y hasta la SE 22 de 2016, se registraron 287 embarazadas (63 en 2015 y 224 en 2016) con sospecha de enfermedad por el virus del Zika, a 38 (13%) de las cuales se les realizó la prueba para detección de infección por el virus del Zika dado que cumplían con el criterio para la toma de muestra. En 3 (8%) de las 38 embarazadas se obtuvo resultado positivo de infección por el virus del Zika. Las tres embarazadas que presentaron resultados positivos, tuvieron hijos sin anomalías congénitas al momento de nacer.

Hasta la SE 21, un total de 111 (39%) de total de embarazadas con sospecha de enfermedad por virus del Zika han dado a luz niños aparentemente sanos sin anomalías congénitas al nacer.

Síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika

Desde la última [Actualización Epidemiológica de la OPS/OMS publicada el 9 de junio de 2016](#), El Salvador se sumó a la lista de países y territorios que han informado casos de síndrome congénito asociado a la infección por el virus del Zika en las Américas (**Tabla 3**).

Tabla 3. Países y territorios de las Américas que notificaron casos de síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika.

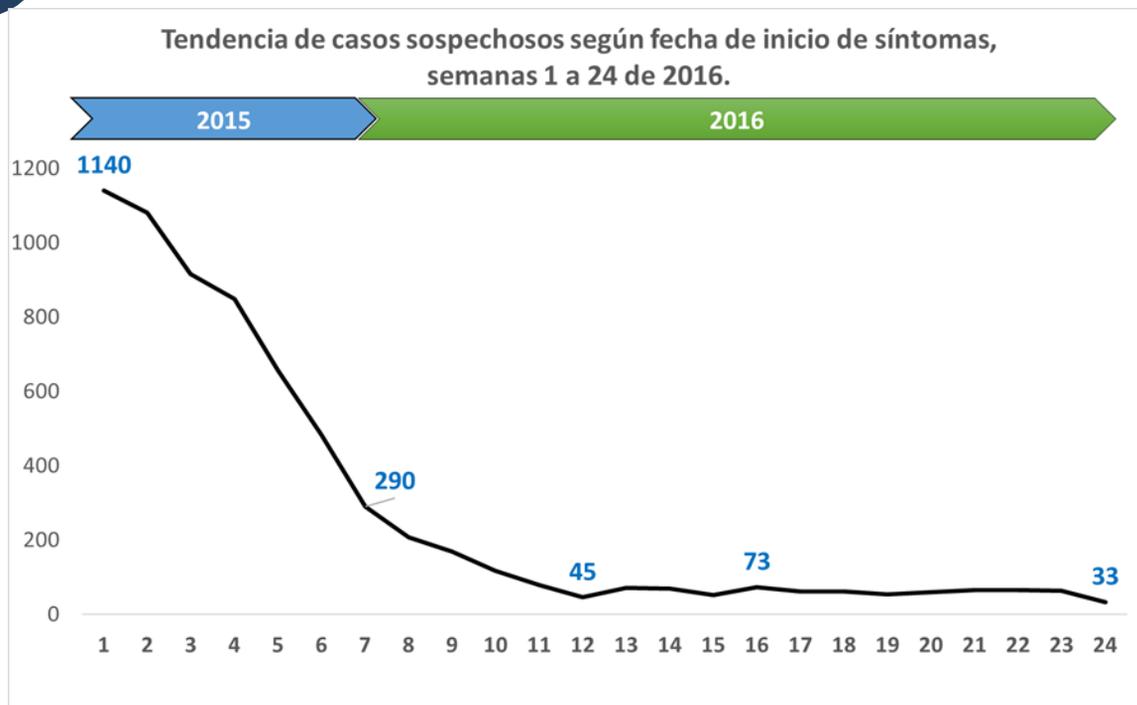
Países /territorios que notificaron síndrome congénito asociado con la infección por el virus del Zika	Número de casos confirmados
Brasil	1.581
Colombia	7
El Salvador	1
Martinica ³	4
Panamá	5
Puerto Rico ⁴	1
Estados Unidos ⁵	2

Síndrome de Guillain-Barré (SGB) y otras manifestaciones neurológicas

Hasta la fecha, 9 países y territorios de la Región han notificado aumento de casos de SGB con al menos un caso de SGB en el que se confirmó la infección por el virus del Zika. Paraguay ha notificado aumento de casos de SGB, aunque en ningún caso se confirmó la infección por el virus del Zika. Otros 3 países y territorios registraron casos de SGB asociados a la infección con virus del Zika aunque no registran aumento de casos de SGB (**Tabla 5**).

Tabla 5. Países y territorios de las Américas con casos de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) en el contexto de circulación del virus del Zika

Aumento de casos de SGB y confirmación por laboratorio de virus del Zika, en al menos un caso de SGB	Confirmación por laboratorio de virus del Zika en al menos un caso de SGB	Incremento de casos de SGB sin casos confirmados por laboratorio para virus del Zika
Brasil	Haití	Paraguay
Colombia	Panamá	
El Salvador	Puerto Rico	
Guayana Francesa		
Honduras		
Martinica		
República Dominicana		
Suriname		
Venezuela		



Casos sospechosos de Zika SE 01 - 24 de 2016

Resumen	casos
Casos sospechosos (SE 01- 24)	6,754
Casos sospechosos en embarazadas (SE 01- 24)	236
Casos confirmados (SE 01-22)	43
Defunciones (SE 01-24)	0

Para la semana 24 de 2016, se tiene un acumulado de 6,754 casos, que sumado a 3,836 casos de 2015, registran 10,590 casos desde el inicio del brote. La tendencia actual es una estabilización en las últimas 5 semanas.

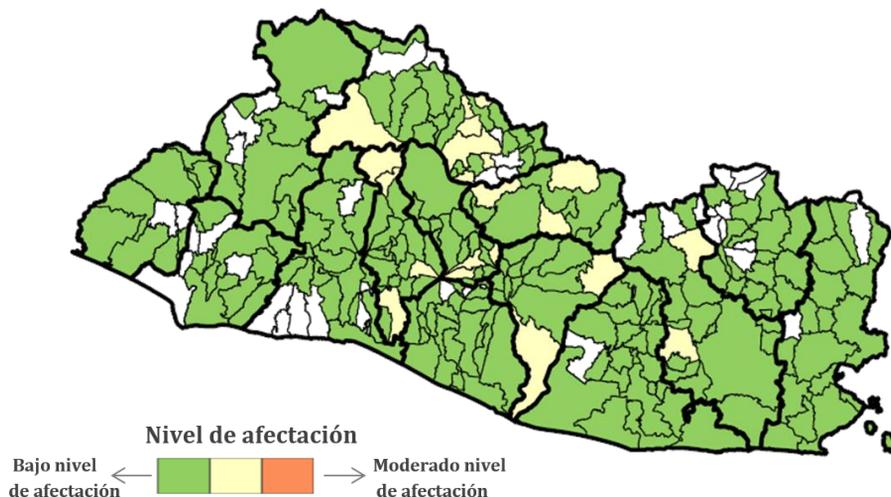
Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 01 – 24 de 2016

Grupos edad	Total general	tasa
< 1	167	133
1-4	344	70
5-9	336	57
10-19	621	49
20-29	1669	140
30-39	1539	185
40-49	1143	165
50-59	648	126
>60	287	41
Total general	6754	105

Las tasas acumuladas por 100 mil habitantes más altas por grupos de edad, se encuentran en los grupos de 30 - 39 años con una tasa de 185 y de 40 - 49 años con una tasa de 165.

Casos sospechosos de Zika por departamento y municipios SE 01- 24 de 2016

Departamento	Total general	Tasa
Chalatenango	570	274
Cabañas	356	213
Cuscatlan	559	210
San Vicente	301	168
San Salvador	2500	143
La Libertad	1063	137
Santa Ana	557	95
Morazan	121	59
La Paz	140	42
Ahuachapan	140	41
Usulután	149	40
San Miguel	160	33
La Union	49	19
Sonsonate	85	18
Guatemala	3	
Honduras	1	
Total general	6754	105



Por departamento las tasas mas altas son Chalatenango con 274, Cabañas con 213 y Cuscatlán con 210.

Casos y tasas de sospechosas de Zika en embarazadas SE 01- 24 de 2016

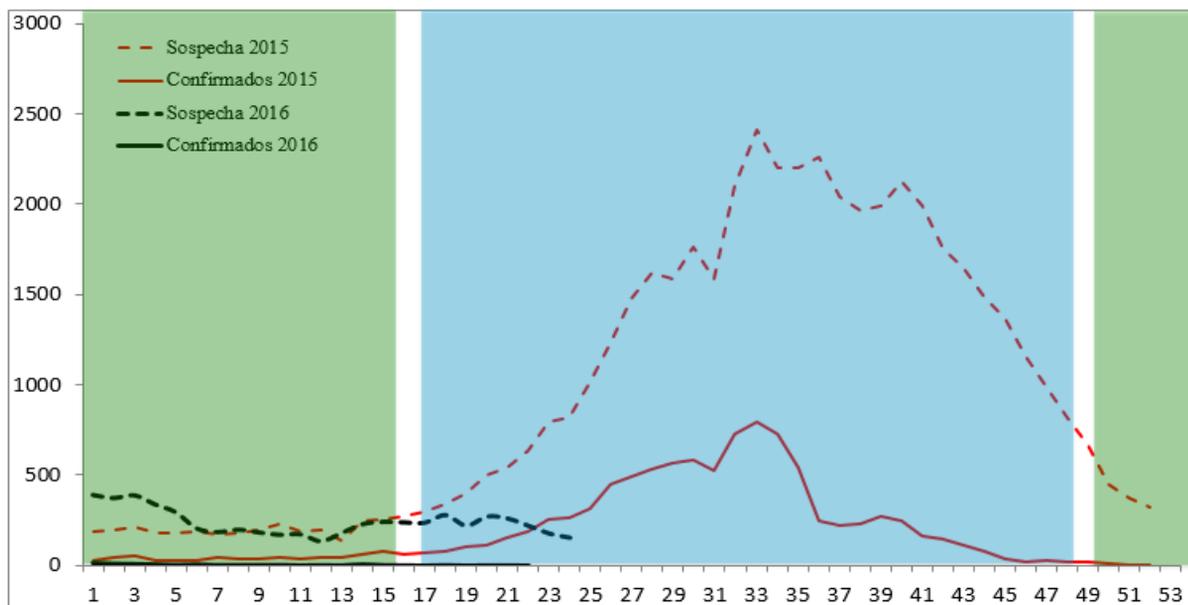
Departamentos	Total general	tasa
Cabañas	27	16.2
Chalatenango	24	11.5
San Vicente	18	10.0
Cuscatlan	19	7.1
San Salvador	80	4.6
La Libertad	21	2.7
Usulután	9	2.4
Santa Ana	13	2.2
San Miguel	9	1.8
Morazan	3	1.5
Sonsonate	6	1.3
Ahuachapan	3	0.9
La Union	2	0.8
La Paz	1	0.3
Guatemala	1	
Total general	236	3.7

Desde la SE 47 a la SE 52 de 2015 se registraron 63 casos de sospecha de Zika en Mujeres Embarazadas, las cuales sumadas al periodo SE1-SE24 de 2016 totalizan 299 desde su introducción al país.

Hasta la semana 24 de 2016, se encuentran en seguimiento 284 mujeres embarazadas (95%); de las cuales 39 cumplían criterios para toma de muestra para Zika, 4 de ellas con resultado positivo. cuyos recién nacidos se encuentran sin anormalidades al momento. Se tienen 35 embarazadas con resultado negativo.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE24 de 2016



Época lluviosa
Época seca

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1 a 24 de 2014-2015 y porcentaje de variación

	Año 2015	Año 2016	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-24)	7491	5747	-1744	-23%
Hospitalizaciones (SE 1-24)	1201	996	-205	-17%
Casos confirmados D+DG (SE 1-22)	1368	70	-1298	-95%
Casos confirmados Dengue con o sin signos de alarma D (SE 1-22)	1329	65	-1264	-95%
Casos confirmados de dengue grave DG (SE 1-22)	39	5	-34	-87%
Fallecidos (SE 1-24)		1	0	0%

Tasa de letalidad: 0.01%

Se confirma la primera muerte por dengue, por parte del comité nacional de auditoría médica sobre mortalidad de origen infeccioso con potencial epidémico. El Paciente era masculino, 05 años 10 meses de edad, Panchimalco, San Salvador, falleció el 07/01/16 en hospital "Dr. José Antonio Saldaña".

Hasta la SE24 del presente año (12 al 18 de junio), se han registrado 5,747 casos sospechosos de dengue, lo cual representa una reducción del 23% (1744 casos menos) en relación al año 2015. Para el 2016 se han confirmado 70 casos, de los cuales 65 fueron casos con o sin signos de alarma y 5 fue de dengue grave.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE22 del 2016

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000
<1 año	8	6.4
1-4 años	7	1.4
5-9 años	9	1.5
10-14 años	7	1.2
15-19 años	8	1.2
20-29 años	19	1.6
30-39 años	6	0.7
40-49 años	2	0.3
50-59 años	1	0.2
>60 años	3	0.4
	70	1.1

Hasta la SE22 (casos confirmados), los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad son en menores de 1 año con una tasa de 6.4 por 100.00 habitantes, 20 a 29 años con una tasa de 1.6, de 5 a 9 años con una tasa de 1.5

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE22 del 2016

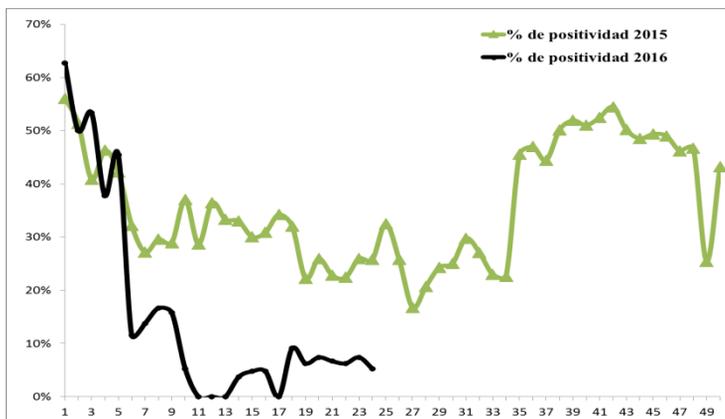
Departamento	Casos	Tasa x 100.000
Cabañas	22	13.2
Chalatenango	15	7.2
Cuscatlan	5	1.9
San Miguel	4	0.8
San Salvador	10	0.6
San Vicente	1	0.6
La Libertad	4	0.5
Santa Ana	3	0.5
Morazan	1	0.5
Sonsonate	2	0.4
La Union	1	0.4
La Paz	1	0.3
Ahuachapan	1	0.3
Usulután	0	0.0
Otros países	0	0.0
	70	1.1

Los departamentos con tasas arriba de la tasa nacional son: Cabañas (13.2), Chalatenango (7.2) y Cuscatlán (1.9). El departamento de Usulután no han presentado casos.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Muestras positivas para IgM, de casos sospechosos de dengue, SE 24 – 2016

SIBASI	SE 24		
	Total muestras	Muestras pos	% pos
Ahuachapán	0	0	0%
Santa Ana	2	0	0%
Sonsonate	0	0	0%
Total región occidental	2	0	0%
Chalatenango	8	0	0%
La Libertad	0	0	0%
Total región central	8	0	0%
Centro	3	0	0%
Sur	0	0	0%
Norte	0	0	0%
Oriente	1	0	0%
Total región metropolitana	4	0	0%
Cuscatlán	0	0	0%
La Paz	0	0	0%
Cabañas	0	0	0%
San Vicente	0	0	0%
Total región paracentral	0	0	0%
Usulután	2	0	0%
San Miguel	2	1	50%
Morazan	0	0	0%
La Unión	1	0	0%
Total región oriental	5	1	20%
Total País	19	1	5%

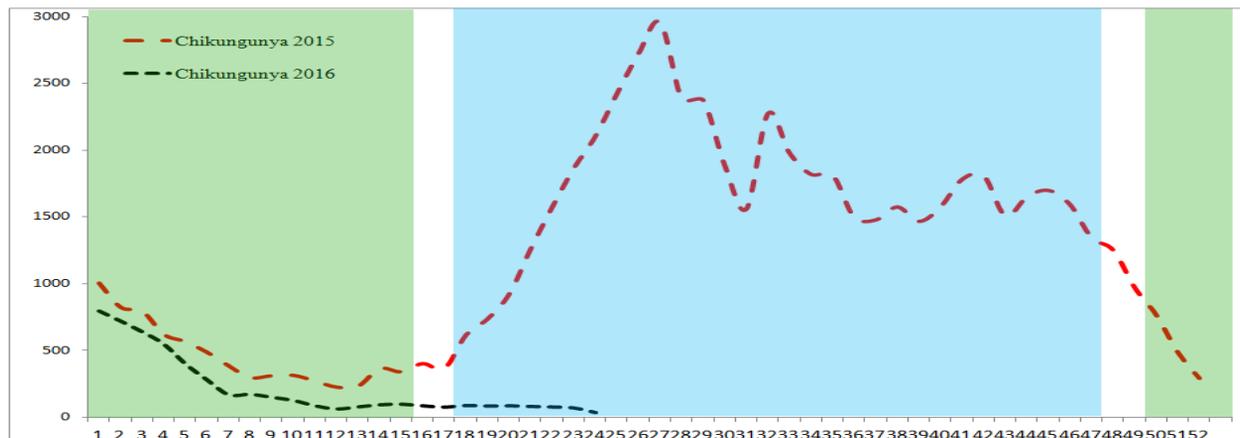


Para la SE24 las regiones de salud que enviaron muestras fueron: Occidental 2, central 8, metropolitana 4 y oriental 5. La muestra positiva fue de oriental (20%)

Los Sibasi que enviaron muestras fueron: Santa Ana 2, Chalatenango 8, centro 3, oriente 1, Usulután 2, San Miguel 2 y La Unión 1. La muestra positiva fue del Sibasi San Miguel 50%.

4

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE 1-24 de 2016



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 24 de 2015-2016

	Acumulado		Diferencia	% de variación
	Año 2015	Año 2016		
Casos Chikungunya (SE 1-24)	16808	5166	-11642	-69%
Hospitalizaciones (SE 1-24)	854	156	-698	-82%
Fallecidos (SE 1-24)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-24 de 2016

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	859	413
Cuscatlán	473	178
Cabañas	291	174
Santa Ana	736	125
San Vicente	206	115
Morazán	169	83
La Libertad	596	77
Ahuachapán	215	63
San Salvador	880	50
Sonsonate	232	50
Usulután	154	41
San Miguel	188	38
La Paz	99	29
La Unión	61	23
Guatemala	5	
Honduras	2	
Total general	5,166	81

Desde la SE1 hasta la SE 24 de 2016, se registra una notable tendencia a la reducción en el número de casos. Al comparar los datos de este año con el período similar de 2015, se ha experimentando una importante reducción porcentual de 69% de casos sospechosos y de 82% de hospitalizaciones.

Al momento no hay fallecidos por lo que la tasa de letalidad se mantiene en 0%. No hay tampoco casos sospechosos en estudio por el comité de mortalidad con potencial epidémico.

En las primeras 24 semanas del año, se identifican 3 conglomerados donde las tasas son más altas al norte del país (Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas), occidente (Santa Ana) y Paracentral (San Vicente). Los departamentos con las tasas más bajas se concentran en el Oriente del País.

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 1-24 de 2016

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	289	231
1-4 años	500	102
5-9 años	404	68
10-19 años	845	67
20-29 años	1149	96
30-39 años	864	104
40-49 años	570	82
50-59 años	338	66
>60 años	207	29
Total general	5,166	81

De acuerdo con los grupos de edad la primera década de la vida es la más afectada, dentro de éste los menores de 1 año son los más afectados con una razón de tasas casi el triple con respecto a la tasa nacional. El segundo grupo más afectado es el grupo de 20 a 39 años, cuyo intervalo más afectado es el de 30 a 39 con una tasa 104%, superior a la del promedio nacional.

Índices larvarios SE 24 – 2016, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	18
Usulután	14
La Unión	12
San Vicente	11
La Paz	11
Cuscatlan	11
Ahuachapán	11
San Miguel	11
Chalatenango	10
Morazán	9
Santa Ana	9
Sonsonate	8
Cabañas	8
La Libertad	5
Nacional	10

Depósitos	Porcentaje
Útiles	80
Inservibles	16
Naturales	1
Llantas	3

Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y zika SE 24 – 2016

- 49,177 viviendas visitadas, inspeccionando 46,011 (94%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos. Población beneficiada 307,724 personas.
- Entre las medidas observadas y realizadas, se encontró que 7,188 depósitos tienen como medida de control larvario peces de un total de 196,037 criaderos inspeccionados, equivalente a un 3.66%.
- En 22,283 viviendas se utilizó 1,623 Kg. de larvicida granulado al 1%; y 24,645 aplicaciones de fumigación a viviendas.
- 177 Controles de foco realizados.
- 1,375 Áreas colectivas tratadas y 302 fumigadas.

Actividades de promoción y educación para la salud

- 10,905 charlas impartidas, 79 horas de perifoneo.
- 3,079 material educativo distribuido (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso Humano participante 2,412

- 71 % Ministerio de Salud.
- 16 % MINED y Centros Educativos
- 3 % personal de las alcaldías municipales.
- 10% personal de diferentes instituciones de gobierno

CASOS DE DENGUE Y CHIK EN LAS AMÉRICAS

CASOS DE DENGUE SE 20 (PAHO)

Sub-regiones	Sospechosos Dengue*	Sospecha de dengue grave	Muertes
Norteamérica,	73,218	1,221	9
Andina	108,201	863	201
Cono Sur	1,322,279	368	239
Caribe Hispano	13,318	469	24
Caribe inglés y	3,494	1	0
TOTAL	1,520,510	2,922	473

Country or Subregion	Cases of D & SD reported		serotipos	Sospecha de dengue grave	fallecidos
	sospechosos	confirmados			
Mexico	26,971	3,735	DEN 1,2,3,4	921	1
Nicaragua	19,473	2,079	DEN 2		7
Honduras	11,652	86	DEN	186	1
Costa Rica	6,640	0	DEN 1,2,3	0	0
El Salvador	4,931	71	DEN 2	114	0
Guatemala	2,431	326	DEN 1,2,3,4	0	0
Panamá	1,009	477	DEN 1,2,3	0	0
Belize	12	1	DEN 3		0
TOTAL	73119	6775	0	1221	9

CASOS DE CHIKUNGUNYA SE 24 (PAHO)

País/Territorio	Casos de transmisión autóctona		Casos importados	Tasa de incidencia	Fallecidos
	Sospechosos	Confirmados			
Istmo Centroamericano					
Belice					
Costa Rica	1,483	0	0	29.65	0
El Salvador	5,028	0	0	78.24	0
Guatemala	1,882	63	0	11.97	0
Honduras	10,333	0	0	122.68	0
Nicaragua	4,675	387	0	80.91	1
Panamá		6	4	0.15	0
Subtotal	23,401	456	4	51.09	1

Territorio	Sospechosos	Confirmados	Tasa de incidencia	Fallecidos
América del Norte				
Subtotal	0	300	0.06	0
Istmo centroamericano				
Subtotal	23,401	456	51.09	1
Caribe Latino				
Subtotal	854	96	2.54	0
Área Andina				
Subtotal	33,507	2,139	25.60	0
Cono Sur				
Subtotal	72,376	15,229	31.95	16
Caribe No-Latino				
Subtotal	0	0	0.0	0
TOTAL	130,138	18,220	14.97	17

No	Evento	Semanas		Acumulado 2015	Acumulado 2016	(%)	Tasa por
		Epidemiológicas				Diferencial	100000.0
		23	24			para 2016	habitantes
1	Infección Respiratoria Aguda	45416	37446	999057	1019150	(2)	15775
2	Dengue sospechosos	178	155	7491	5747	(-23)	89
3	Chikungunya	73	38	16808	5166	(-69)	80
4	Zika	63	33	-	6754	-	105
5	Diarrea y Gastroenteritis	8689	7252	204987	147779	(-28)	2287
6	Parasitismo Intestinal	4444	3970	108442	88119	(-19)	1364
7	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1254	1125	34006	33910	(-0)	525
8	Neumonías	1038	985	18254	19844	(9)	307
9	Hipertensión Arterial	415	288	10972	10403	(-5)	161
10	Mordido por animal trans. de rabia	371	403	9916	9076	(-8)	140
11	Diabetes Mellitus (PC)	188	151	6955	5953	(-14)	92

6 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 24- 2016

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 6,157 casos.
- Durante la semana 24 se notificó un total de 7,252 casos, que significa una reducción del -17% (-1,437 casos) respecto a lo reportado en la semana 23 (8,689 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 24 del año 2016 (147,779 casos) con el mismo período del año 2015 (204,987 casos), se evidencia una disminución de un -28% (-57,208 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 2,917 casos en Cabañas y 61,776 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 61,776, La Libertad 18,833 y San Miguel 9,564 casos.
- Del total de egresos por Diarrea, el 53% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (78%) seguido de los adultos mayores de 59 años (6%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 24			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	6,633	51	0.77
2015	8,478	34	0.40

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 21 de Junio 2016, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Tasas de EDA por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Diarrea y gastroenteritis	15,817	8,256	1,624	678	1,890	1,477

7

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 24 -2016

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 42,465 casos.
- Durante la semana 24 se notificó 37,446 casos, -18% (-7,970 casos) menos que lo reportado en la semana 23 (45,416 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 24 del año 2016 se ha notificado un total acumulado de 1,019,150 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2015 (999,057 casos) significando un aumento del 2% (20,093 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 22,462 casos en Cabañas a 354,159 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 354,159, La Libertad 108,215 y Sonsonate 74,888.

8

NEUMONIAS (TODAS LAS CAUSAS), EL SALVADOR, SE 24-2016

- El promedio semanal de neumonías es de 827 casos.
- Durante la semana 24 se ha reportado un total de 985 casos, lo que corresponde a una reducción del -5% (-53 casos) respecto a los notificados en la semana 23 (1,038 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 24 del año 2016 (19,844 casos) con el mismo período del año 2015 (18,254 casos) se observa un incremento del 9% (1,590 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 535 casos en Cabañas y 5,585 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 5,585, San Miguel 2,525 y Santa Ana 1,687 casos.
- Del total de egresos por neumonía, el 55% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (66%) seguido de los adultos mayores de 59 años (16%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 24			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	6,926	409	5.91
2015	6,314	303	4.80

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 21 de Junio 2016, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos

Tasas de neumonía por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Neumonías	4,420	1,561	272	47	63	362

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS (OPS/OMS)

Los datos de la última Actualización Regional en línea: SE 22, 2016 de la OPS publicada el 15 de junio reportan:

América del Norte: en general, continúa la disminución en la actividad de influenza. En Canadá, México y Estados Unidos, la actividad de influenza permanece baja. Se observa que la mayoría de los indicadores epidemiológicos disminuyeron hasta niveles bajos.

Caribe: se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios en la mayoría de los países. La mayoría de los indicadores descendieron o están en niveles bajos, excepto por un ligero aumento de los indicadores de IRAG (infección respiratoria aguda grave) en Surinam.

América Central: continúa la circulación activa de influenza A(H1N1)pdm09 en la mayoría de los países, en particular se observa un incremento en El Salvador y Panamá. La actividad de IRAG aumentó en la mayor parte de la región, especialmente en Honduras y Panamá, mientras que la actividad de ETI (enfermedad tipo influenza) aumentó en Honduras.

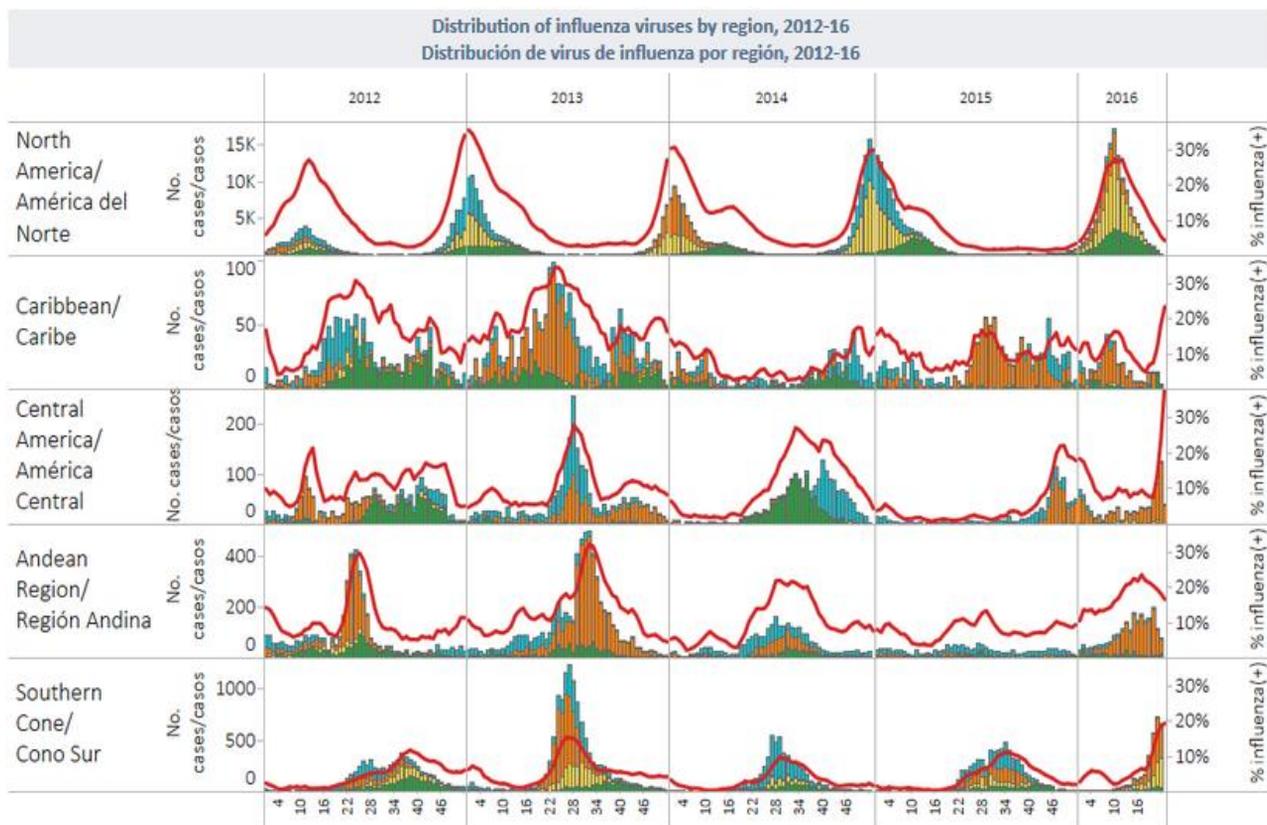
Sub-región Andina: el virus influenza A(H1N1)pdm09 está activo, particularmente en Bolivia, mientras que se notificó niveles elevados de virus sincicial respiratorio (VSR) en Colombia, Ecuador y Perú, así como un incremento de la actividad de IRA e IRAG en la mayor parte de la región.

Brasil y Cono Sur: en el Cono Sur, ha continuado aumentando los niveles de influenza, especialmente en Argentina y Uruguay, mientras que los niveles de VSR fueron elevados en la mayor parte de la región. Un aumento en la actividad de ETI e IRAG se ha registrado en Argentina, Chile y Paraguay.

Nivel Global: la actividad de influenza en la zona templada del hemisferio norte siguió disminuyendo a niveles inter-estacionales. En los países templados del hemisferio sur, la actividad gripal comenzó a aumentar en América del Sur y África del Sur, pero siguió siendo baja en general en la mayor parte de Oceanía.

Fuente: Actualización Regional, OPS/OMS

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352&Itemid=2469&to=2246&lang=es



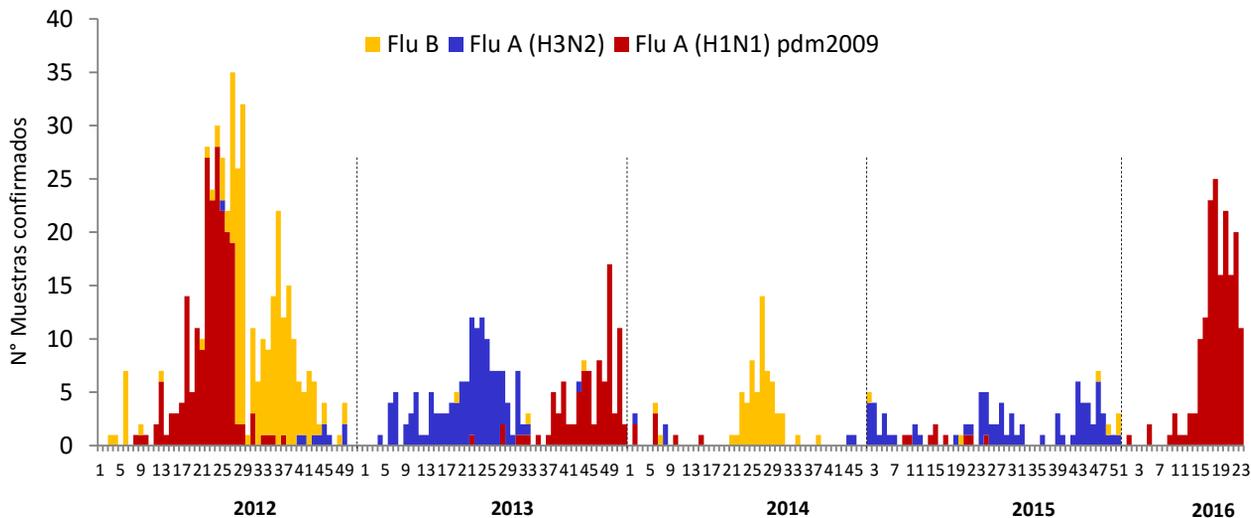
Influenza viruses

- Influenza A(H3N2)
- Influenza A (H1N1)pdm09
- Influenza A No subtipificado
- Influenza B
- % Influenza viruses

Fuente: <http://www.sarinet.org/>

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EL SALVADOR, SE 24 – 2016

Gráfico 1.- Circulación de virus de influenza por semana epidemiológica
Vigilancia centinela, El Salvador, 2012 – 2016



Continúa circulando activamente el virus de influenza A(H1N1)pdm09 durante el actual período de estacionalidad, similar al comportamiento mostrado en la estación de influenza del 2012.

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 24, 2015 – 2016

Resultados de Laboratorio	2015	2016	SE 24-2016
	Acumulado SE 24		
Total de muestras analizadas	765	1,489	62
Muestras positivas a virus respiratorios	154	231	4
Total de virus de influenza (A y B)	36	181	4
Influenza A (H1N1)pdm2009	8	170	0
Influenza A no sub-tipificado	1	11	4
Influenza A H3N2	25	0	0
Influenza B	2	0	0
Total de otros virus respiratorios	120	49	0
Parainfluenza	32	31	0
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	70	8	0
Adenovirus	18	10	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	20%	16%	6%
Positividad acumulada para Influenza	5%	12%	8%
Positividad acumulada para VSR	9%	1%	0%

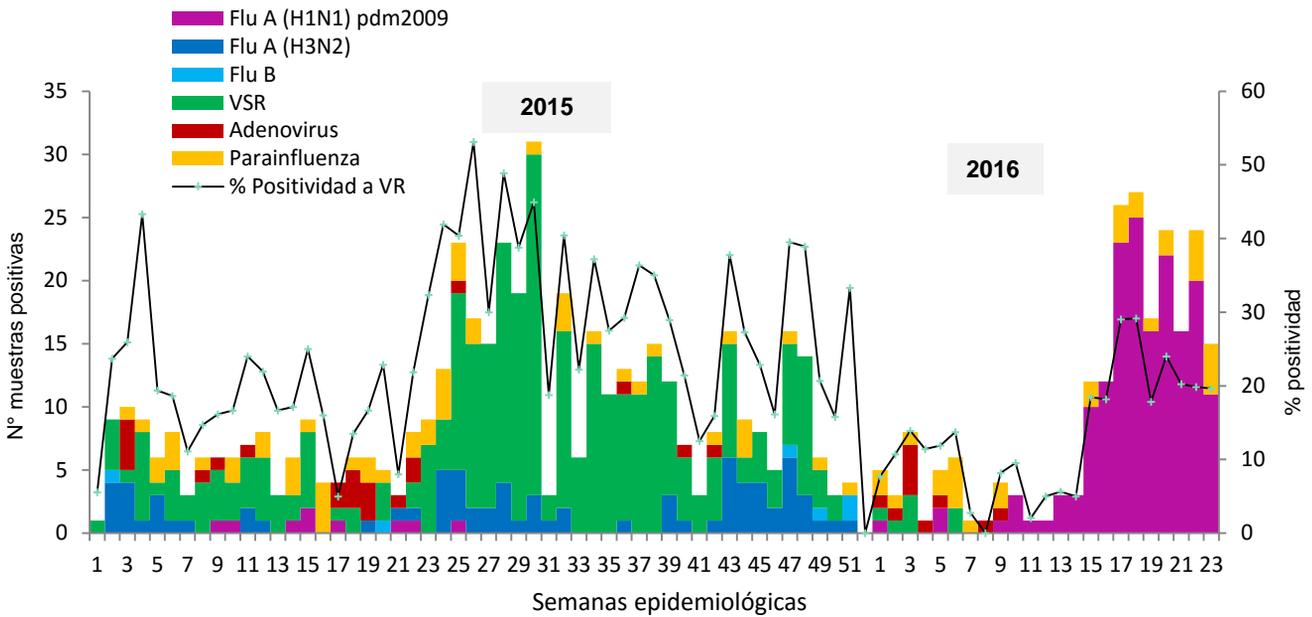
Fuente: VIGEPES

Continúa la circulación del virus de influenza A(H1N1)pdm09 (considerado virus estacional desde agosto de 2010).

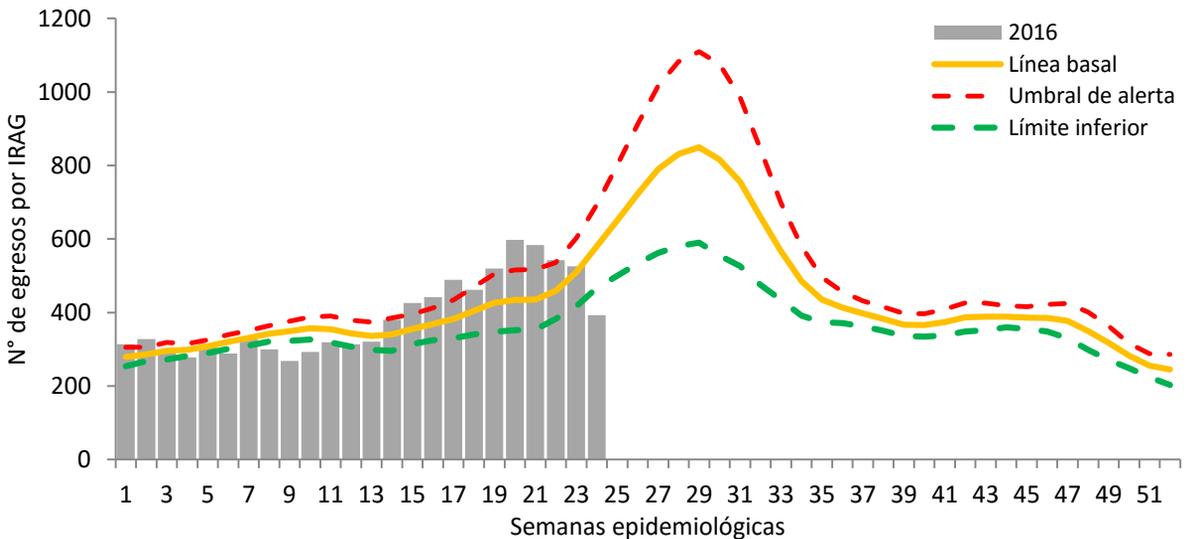
Se observa además un incremento en la positividad acumulada para influenza durante el período de la semana epidemiológica 1 a 24 en 2016 (de 12%), con respecto a la positividad acumulada en el mismo período de 2015 (de 5%).

Se destaca además el contraste entre el grado de circulación de virus sincicial respiratorio (VSR) con una positividad acumulada de 9% en 2015 versus 1% en el período de las semanas 1 – 24 de este año.

**Gráfico 2.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica
vigilancia centinela, El Salvador, 2015 – 2016**

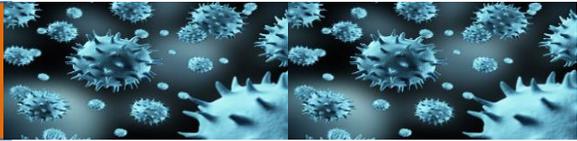


**Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 24 – 2016**



A partir de la semana 14 se observa una tendencia al incremento de los egresos por diagnósticos de IRAG (a predominio de diagnósticos de neumonía) lo cual sigue un patrón esperado en el corredor endémico. Durante el período de la semana epidemiológica 1 – 24, el 5.4% de todos los egresos hospitalarios se deben a diagnósticos de IRAG. El 70.8% de egresos por IRAG corresponde a los menores de 5 años y el grupo de adultos de edad igual o mayor a 60 años concentra el 12.9% de los egresos de IRAG. El 4.6% de los casos IRAG egresaron fallecidos.

Influenza



I. Generalidades

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda de origen viral que constituye un problema de salud pública ya que suele propagarse rápidamente en forma de epidemias estacionales. Se ha descrito que en los países tropicales el virus de influenza circula durante todo el año, mientras que en los países con climas templados las epidemias estacionales se producen sobre todo durante el invierno.

El virus de influenza es un virus ARN de la familia Orthomyxoviridae, y existen tres tipos de virus que causan enfermedades en seres humanos: A, B y C. Los virus de influenza A y B causan las epidemias estacionales. Los virus de influenza tipo B causan brotes esporádicos con alta mortalidad en los adultos mayores. Los virus de influenza tipo C causan una enfermedad respiratoria leve y no se cree que causen epidemias. El virus de influenza tipo A está relacionado con grandes epidemias y pandemias.

Respecto al virus de influenza A, en el humano actualmente circulan en el mundo los virus A(H1N1) estacional, A(H1N1)pdm09 y A(H3N2).

Desde el fin de la pandemia de influenza en el año 2010, el virus de influenza A(H1N1)pdm09 es considerado un virus estacional, lo cual significa que continuará circulando como los demás virus de influenza conocidos.

La temporada de influenza ha iniciado en el país, y se está caracterizando por una alta circulación del virus de influenza A(H1N1)pdm09; y dado que influenza A(H1N1)pdm09 afecta principalmente a adultos jóvenes se deben tomar las medidas correspondientes para disminuir la morbilidad y mortalidad por la enfermedad.

II. Transmisión y aspectos clínicos

El virus de la influenza se transmite:

- De persona a persona por contacto directo, especialmente por medio de gotitas que se forman cuando una persona enferma tose o estornuda.
- Por contacto indirecto con objetos contaminados; las manos desempeñan un papel importante en este tipo de transmisión.

El período contagioso abarca desde un día antes de la aparición de los síntomas hasta tres a siete días después. El período de incubación del virus es de uno a cuatro días.

La presentación clínica de la enfermedad varía mucho, ya que la infección puede ser asintomática, producir un síndrome gripal o incluso desarrollar una enfermedad grave que puede ocasionar la muerte. Las personas con mayor predisposición a sufrir complicaciones son niños menores de 2 años, adultos mayores de 60 años, embarazadas, personas con enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunosupresión, enfermedad renal crónica, entre otras.

Los síntomas de influenza pueden incluir: fiebre de 38°C o más, tos, dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, mialgia, postración, coriza y síntomas digestivos. La tos es generalmente intensa y persistente. Los síntomas de influenza varían según la edad del paciente, enfermedades crónicas subyacentes y la respuesta inmunológica individual.

El virus de influenza puede causar una infección primaria de las vías respiratorias superiores o inferiores, y en algunas ocasiones actuar junto con otro virus o bacteria causando una coinfección.

Recomendaciones para la prevención y control de enfermedades respiratorias

Ante una posible alza de casos de enfermedad respiratoria por virus respiratorios y particularmente **influenza A** se debe tomar en cuenta que la severidad de la enfermedad puede variar dependiendo de diversos factores, y aunque en la mayoría de las personas produce una *enfermedad leve*, en otras puede convertirse en una afección seria que incluso puede causar la muerte.

Existen ciertos grupos de población en donde se documenta la presentación de enfermedad grave, estos son: niños pequeños (menores de 2 años), adultos mayores de 60 años, embarazadas y personas con ciertas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, EPOC, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardíaca y/o inmunosupresión).

Durante el período de circulación del virus de influenza, debe considerarse que un paciente con síntomas respiratorios agudos que consulta a los servicios de salud es un potencial caso de enfermedad debida a influenza.

A los servicios de salud se recomienda:

1. Continuar con las actividades rutinarias de vigilancia de la influenza: ETI, IRAG e IRAG inusitados.
2. En los hospitales, se recomienda hacer una evaluación minuciosa de los pacientes que han sido referidos por enfermedades respiratorias agudas desde el primer nivel de atención.
3. Ante la sospecha de influenza, el tratamiento con Oseltamivir debe iniciarse de inmediato sin esperar diagnóstico de laboratorio. El éxito del tratamiento antiviral es mayor si se inicia durante las primeras 48 horas de inicio de síntomas.
4. Supervisar y garantizar que el personal de salud cumpla con las medidas de protección personal estándares (uso de mascarillas entre otras).
5. Garantizar que todas las áreas de atención de pacientes dispongan de los insumos necesarios para la higiene de manos.

A la población se recomienda:

1. Lavado de manos frecuentemente, especialmente antes y después del contacto directo con pacientes, o después del contacto con sus artículos personales o su entorno inmediato.
2. Personas con cuadros agudos de fiebre y tos deben evitar ir a los lugares de trabajo y/o lugares públicos hasta que desaparezca la fiebre.
3. Acudir tempranamente a los establecimientos de salud para recibir atención oportuna.
4. Vacunarse contra la influenza estacional, con el objetivo de prevenir enfermedad severa y reducir la mortalidad.
5. Seguir estrictamente las medidas generales de **higiene respiratoria y etiqueta de la tos**: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar; usar pañuelos de papel para contener las secreciones respiratorias y posteriormente desecharlos.
6. Implementar y/o activar el funcionamiento de los filtros para la prevención de brotes en centros educativos y lugares de trabajo.

FUNCIONAMIENTO DE LOS FILTROS ESCOLARES (I)

Los filtros son una estrategia para detectar tempranamente el apareamiento de enfermedades respiratorias en estudiantes, así como en personal docente y administrativo de las instituciones educativas, para evitar riesgos de transmisión. Estos filtros deberán funcionar tal y como se describe a continuación.

1. Primer filtro

El primer filtro se implementará en casa. Se trata del filtro más importante. Padres, madres de familia o responsables del estudiante, al evidenciar que presenta síntomas de enfermedad respiratoria, no deben enviarle al centro educativo. El paciente debe ser trasladado de inmediato al centro de salud más cercano para recibir evaluación y tratamiento según criterio médico.

2. Segundo filtro

El segundo filtro se implementará en el medio de transporte al centro educativo. La persona que conduce o el responsable del transporte escolar (microbuses), o ambos, deberá apoyar la aplicación del segundo filtro. Al reconocer un caso de enfermedad respiratoria, deberá notificar a la familia del estudiante y llevarlo de regreso a casa, evitando así el traslado al centro educativo. La familia deberá acudir al establecimiento de salud más cercano para que el estudiante sea evaluado y tratado según criterio médico. También es fundamental garantizar el aseo y la desinfección diaria del vehículo.

Fig. 1 Esquema de los filtros para prevención de brotes en centros educativos



3. Tercer filtro

La entrada al centro educativo será el lugar donde se implementará el tercero de los filtros. Idealmente, deberán integrarse equipos de docentes, personal administrativo, representantes de las familias y del estudiantado. El número de equipos dependerá de la cantidad de estudiantes de la institución educativa, de preferencia deberán existir equipos por cada entrada. Su función será de chequeo de síntomas de enfermedades respiratorias en el momento de entrada de estudiantes, docentes o personal administrativo. Si se detecta la presencia de estos síntomas, una de las personas del equipo de filtro procederá a realizar una entrevista corta a la persona enferma, si se trata de una enfermedad respiratoria, se le proporcionará la referencia para asistir de forma inmediata al establecimiento de salud más cercano, evitando la entrada a la institución educativa. Es importante que en caso de ser estudiantes, sus familias o personas responsables sean notificadas para que recojan al estudiante. Se proporcionará la referencia que deberá ser entregada en el establecimiento de salud para pasar consulta y establecer el control y seguimiento de los casos referidos.

FUNCIONAMIENTO DE LOS FILTROS ESCOLARES (II)

4. Cuarto filtro

El cuarto filtro será durante la jornada educativa. Este cuarto filtro funcionará cuando las actividades del día hayan comenzado y durante el desarrollo de la jornada educativa. La responsabilidad de organizar y garantizar la aplicación de este filtro será del Comité de Medio Ambiente del centro educativo, que deberá tener comunicación y coordinación dentro de la misma institución y con las entidades de educación y de salud a nivel local.

Su funcionamiento será de dos formas: en el caso de los grados del nivel básico (primero a noveno grado), la implementación estará a cargo del personal docente; en el caso del nivel de bachillerato, la implementación estará a cargo de los estudiantes. En ambos casos, los encargados tendrán la misión de identificar en el salón de clase la existencia de casos de enfermedad respiratoria e informar al Comité de Medio Ambiente.

El Comité aislará a la persona en un área designada para realizar la entrevista y determinar si se trata o no de una enfermedad respiratoria. Si efectivamente se trata de una enfermedad respiratoria, en caso de que el sospechoso sea un docente o un empleado administrativo, se le entregará la referencia para acudir de forma inmediata al centro de salud; en caso de que sea estudiante, será entregado a la familia o responsable junto a la referencia para ser llevado al establecimiento de salud más cercano. El establecimiento de salud deberá indicar las medidas de aislamiento en cualquiera de las posibilidades.

Es fundamental el uso de los formularios de identificación y referencia como mecanismo de coordinación, control y seguimiento de la atención de casos.

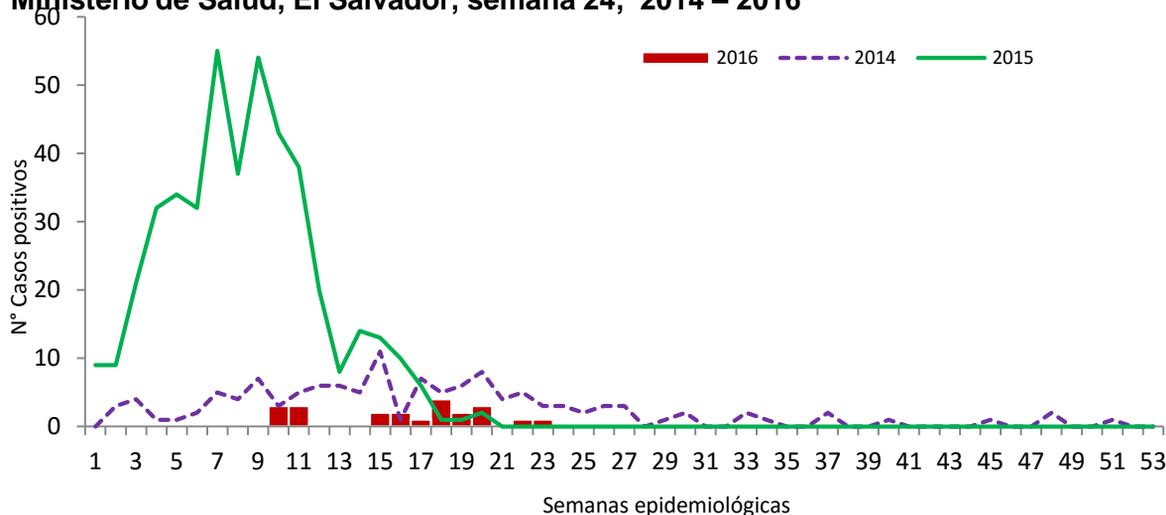
Fuente:

Filtros para prevención de brotes por infecciones respiratorias en instituciones educativas:

http://www.who.int/medical_devices/survey_resources/medical_devices_for_emergency_respiratory_illness_el_salvador.pdf

VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS, SE 24 – 2016

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la vigilancia centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 24, 2014 – 2016



La positividad de la semana 24 fue 0% (0/62).

Durante el año 2016, en el período de las semana epidemiológica 1 – 24 se ha notificado un total de 908 casos sospechosos de rotavirus y de estos resultaron 22 positivos, con una positividad acumulada de 2% lo cual se contrasta con lo observado en el mismo período de 2015 donde se tomó muestra a 1,251 sospechosos y de ellos 441 (35%) fueron positivos, lo que significa para este año una reducción de 33 puntos porcentuales en la positividad acumulada.

Tabla 1.- Casos investigados a través de la vigilancia centinela de rotavirus según establecimiento, positividad y grupos de edad, Ministerio de Salud, El Salvador SE 24 – 2016

Establecimientos centinela de Rotavirus	Casos investigados		% Positividad	Casos investigados por edad		
	Sospechosos	Rotavirus (+)		< 12 meses	12 a 23 meses	24 a 59 meses
Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana	15	0	0%	8	4	3
Hospital Nacional Cojutepeque	22	0	0%	12	9	1
Hospital Nacional San Bartolo	2	0	0%	1	1	0
Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel	12	0	0%	6	3	3
Hospital Nacional San Rafael	4	0	0%	1	2	1
Hospital Nacional Zacatecoluca	7	0	0%	5	1	1
Total	62	0	0%	33	20	9

Fuente: VIGEPES

12

MORTALIDAD MATERNA

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 20 de junio 2016.

Del 01 de enero al 20 de junio de 2016, de las muertes maternas notificadas se auditaron 17, de las cuales 58.8% (10) fueron clasificadas como de causa directa, 23.5% (4) indirecta y 17.6% (3) no relacionada.

De 14 muertes (directas e indirectas), 50.0% (7) ocurrieron en el grupo de edad de 20 a 29 años, 28.6% (4) de 10 a 19 años, 14.3% (2) de 40 a 49 años y 7.1% (1) de 30 a 39 años de edad.

Las muertes maternas (directas e indirectas), proceden de los departamentos de: San Salvador (4), Santa Ana (2), San Vicente (2), Chalatenango (1), La Libertad (1), Cuscatlán (1), La Paz (1), Cabañas (1) y San Miguel (1).

Muertes Maternas	2015	2016
Auditadas	28	17
Causa Directa	13	10
Causa Indirecta	4	4
Causa no relacionada	11	3

Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad (SIMMOW)/Hechos Vitales

Base de datos muerte materna. (UAIM)

13

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en la Red de hospitales del Ministerio de Salud, 01 de enero al 20 de junio de 2015-2016. (Se excluyen las muertes de otra nacionalidad).

Del 1 de enero al 20 de junio de 2016, se notifican 524 muertes menores de 5 años, 6 muertes menos comparado con el mismo período del 2015 (530 muertes).

Hasta el 20 de junio del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 83% (436/524), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (436), el 57% (249) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 73% (182) corresponde al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, 78% (340) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (77), La Libertad (56), San Miguel (43), Santa Ana (41), Usulután (37), Sonsonate (32), Ahuachapán (27) y Chalatenango (27).

Entre las causas de muerte en el menor de 1 año se mencionan: Malformaciones congénitas (cardiovasculares, otras de los grandes vasos y digestivas); prematuridad, sepsis, neumonía, asfixia.