



República de El Salvador

Ministerio de Salud

Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico Semana 04 (del 21 al 27 de Enero 2018)

CONTENIDO

1. Monografía: Actualización Epidemiológica OPS - Fiebre amarilla 12 de enero de 2018
2. Resumen de eventos de notificación hasta SE 04/2018
3. Situación Epidemiológica de Zika.
4. Situación epidemiológica de Dengue.
5. Situación epidemiológica de CHIK.
6. Enfermedad diarreica Aguda.
7. Infección respiratoria aguda.
8. Neumonías.
9. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios.
10. Vigilancia Centinela. El Salvador.
11. Vigilancia Centinela de Rotavirus

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 04 del año 2018. Para la (elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,113 unidades notificadoras (90.2%) 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 67.0% 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.

Actualización Epidemiológica OPS

Fiebre amarilla 12 de enero de 2018

Resumen de la situación en las Américas

Entre enero de 2016 y diciembre de 2017, siete países y territorios de la región de las Américas han notificado casos confirmados de fiebre amarilla: El Estado Plurinacional de Bolivia, Brasil, Colombia, Ecuador, Guyana Francesa, Perú y Suriname. Durante este periodo, se notificó el mayor número de casos humanos y epizootias registrada en la Región de las Américas en décadas. El incremento observado está relacionado tanto al ecosistema favorable que propició la diseminación del virus así como a la existencia de población no inmunizada.

Desde la Actualización Epidemiológica de fiebre amarilla publicada por la Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/ OMS) el 13 de diciembre de 2017, solamente Brasil notificó casos nuevos de fiebre amarilla. A continuación se presenta un resumen de la situación en ese país.

En Brasil, después del brote de fiebre amarilla registrado entre el segundo semestre de 2016 a junio 2017 con 777 casos confirmados, 261 defunciones y 1.659 epizootias; sobrevino un periodo con escasa transmisión en humanos.

Hasta el momento, no hay evidencia de que el *Aedes aegypti* esté implicado en la transmisión. en este brote.

Recomendaciones

La OPS/OMS insta a los Estados Miembros a que continúen con los esfuerzos para inmunizar a la población a riesgo y para que realicen las acciones necesarias para mantener informados y vacunados a los viajeros que se dirigen a zonas donde se recomienda la vacunación contra la fiebre amarilla.

Actualización Epidemiológica OPS

Fiebre amarilla 12 de enero de 2018

Vacunación

La vacuna contra la fiebre amarilla es segura y asequible y proporciona una inmunidad efectiva contra la enfermedad al 80-100% de los vacunados al cabo de 10 días y una inmunidad del 99% al cabo de 30 días. Una sola dosis es suficiente para conferir inmunidad y protección de por vida, sin necesidad de dosis de refuerzo.

Dada las limitaciones en la disponibilidad de vacunas y con el fin de hacer un uso racional de la misma, la OPS/OMS reitera sus recomendaciones a las autoridades nacionales:

1. Realizar una evaluación de las coberturas de vacunación contra fiebre amarilla en áreas de riesgo a nivel municipal para garantizar al menos un 95% de cobertura en la población residente en estas áreas,
2. Los Estados Miembros que actualmente no estén enfrentando brotes, no deberían realizar jornadas de vacunación indiscriminadas. Se deberá priorizar el uso de vacunas en población susceptible y evitar la revacunación.
3. Asegurar la vacunación de todos los viajeros a áreas endémicas por lo menos 10 días antes de viajar.
4. Se recomienda contar con un pequeño stock de reserva, según disponibilidad de vacunas, que permita responder en caso de brotes.
5. Posponer la vacunación de rutina en niños en áreas no endémicas hasta que se cuente con suficientes vacunas. Una vez se tenga disponibilidad de vacunas, se deberá realizar una jornada de puesta al día para completar esquemas de vacunación.

Actualización Epidemiológica OPS

Fiebre amarilla 12 de enero de 2018

Precauciones

Se recomienda evaluar individualmente el riesgo epidemiológico de contraer la enfermedad frente al riesgo de aparición de un evento adverso en mayores de 60 años que previamente no han sido vacunados.

- La vacuna se puede ofrecer a individuos con infección por VIH asintomática con

recuentos de CD4 + \geq 200 células / mm³ que requieran vacunación.

- Las mujeres embarazadas deben ser vacunadas en situación de emergencia epidemiológica y siguiendo recomendaciones expresas de las autoridades de salud.

- Se recomienda la vacunación a mujeres que amamantan, que viven en zonas endémicas, dado que el riesgo de transmitir el virus de la vacuna al niño, es menor que los beneficios de la lactancia.

- Para las mujeres embarazadas o las mujeres que amamantan, que viajan a zonas con transmisión de fiebre amarilla, se recomienda la vacunación cuando el viaje no se puede posponer o evitar. Deben recibir asesoramiento sobre los beneficios y riesgos potenciales de la vacunación para tomar una decisión informada. Los beneficios de la lactancia materna son superiores a los de otras alternativas nutricionales.

La vacuna contra la fiebre amarilla está contraindicada en:

- Individuos inmunodeprimidos (incluidos aquellos con trastornos del timo, VIH sintomático, neoplasias malignas bajo tratamiento, tratamientos con inmunosupresores o inmunomoduladores, trasplantes recientes, radioterapia actual o reciente).
- Personas con antecedentes de hipersensibilidad al huevo de gallina y sus derivados.

Fuente:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=43321&lang=es

2

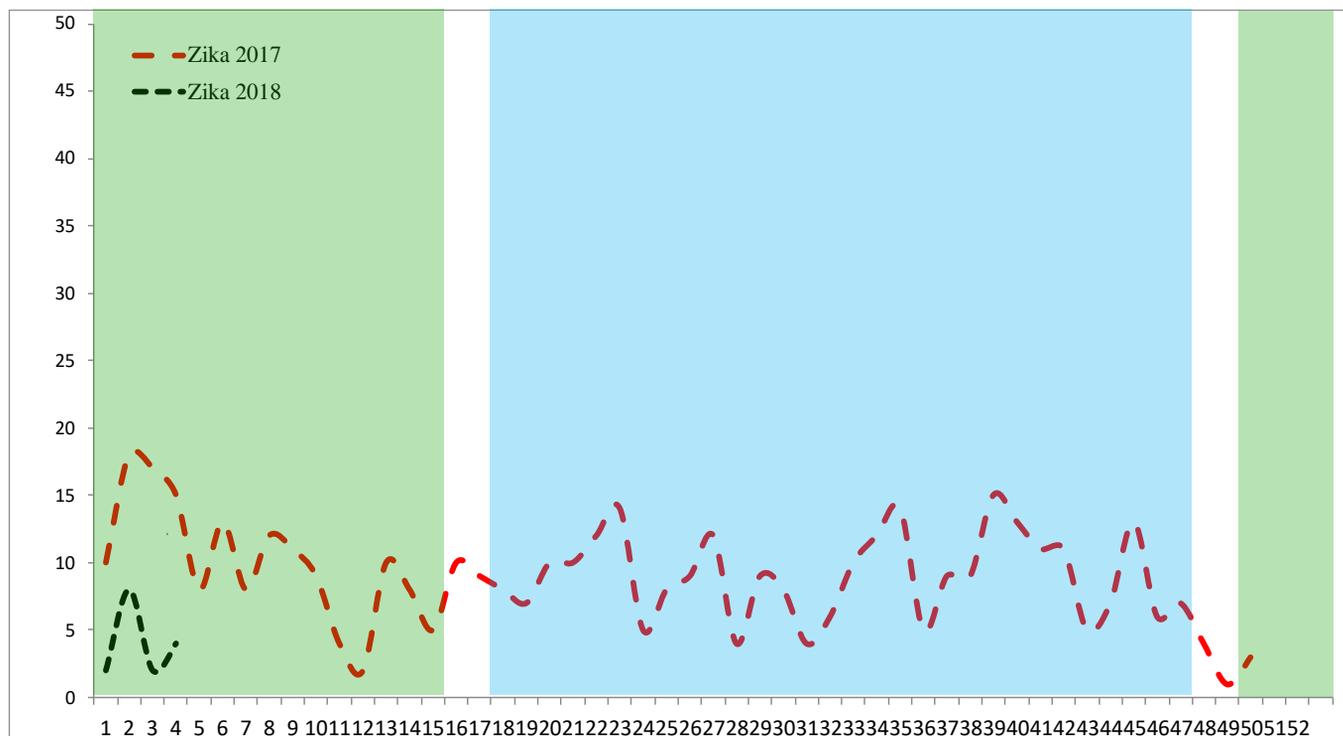
Resumen de eventos de notificación hasta SE 04/2018

No	Evento	Semana	Acumulado		Diferencia	(%)
		Epidemiológica	2017	2018	Absoluta	Diferencial para 2018
		4				
1	Infección Respiratoria Aguda	28,126	137,838	122,100	15,738	(-11)
2	Dengue sospechosos	68	1,484	233	1,251	(-84)
3	Chikungunya	5	42	16	26	(-62)
4	Zika	4	60	16	44	(-73)
5	Paludismo Confirmado *	0	0	0	0	(0)
6	Diarrea y Gastroenteritis	3,828	39,493	19,270	20,223	(-51)
7	Parasitismo Intestinal	2,616	13,395	9,414	3,981	(-30)
8	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	745	3,861	3,469	392	(-10)
9	Neumonías	491	2,278	1,677	601	(-26)
10	Mordido por animal trans. de rabia	361	1,506	1,457	49	(-3)

* Casos importados

3 Situación epidemiológica de zika

Casos sospechosos y confirmados de Zika SE 01-52 2017 y SE 01-04 de 2018



Resumen casos sospechosos de Zika SE1 a SE4 de 2018

	Año 2017	Año 2018	Diferencia	% de variación
Casos Zika (SE 1-4)	60	16	-44	-73%
Fallecidos (SE 1-4)	0	0	0	0%

Para las primeras 4 semanas de 2018, se tuvo un acumulado de 16 casos sospechosos, lo cual significa una reducción de 73% en la tendencia de casos, respecto del año 2017 ya que para el mismo periodo se registró 60 sospechosos.

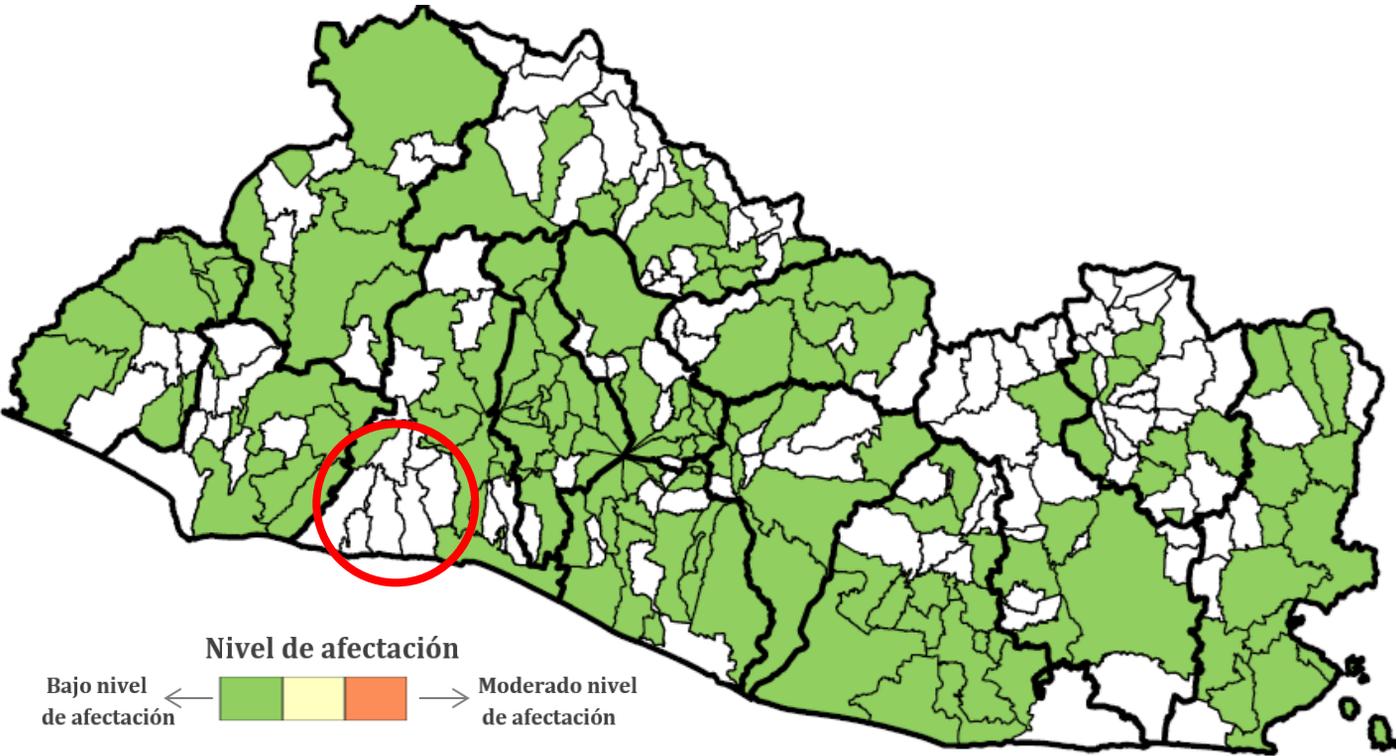
Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 1 a SE4 de 2018

Grupos edad	Total	tasa
< 1	3	2.7
1-4	2	0.4
5-9		0.0
10-19	1	0.1
20-29	6	0.5
30-39	1	0.1
40-49	2	0.3
50-59	1	0.2
>60		0.0
Total general	16	0.2

La tasa acumulada de la SE 4 refleja un discreto incremento (al momento) en el grupo < 1 con una tasa de 2.7, seguido por el de 20 a 29 años con una tasa de 0.5 que sobrepasa la tasa nacional 0.2.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Nueva estratificación de municipios en base a criterios epidemiológicos y entomológicos para Arbovirosis, El Salvador **Diciembre 2017.**



Nivel de alerta	No.
Municipios con afectación grave	0
Municipios con afectación moderada	0
Municipios con afectación leve	141
Municipios sin afectación	121

Criterios Epidemiológicos y entomológicos utilizados para cada uno de los 262 municipios.

Razón Estandarizada de Morbilidad (REM) de sospechosos de dengue (IC. 95%)
 REM de sospechosos de chikungunya (IC. 95%)
 REM de sospechosos de Zika (IC. 95%)
 REM de confirmados de dengue (IC. 95%)
 REM de confirmados graves de dengue (IC. 95%)
 Porcentaje larvario de vivienda
 Porcentaje de viviendas no intervenidas (C,R,D**)
 Densidad poblacional.

SOBRE SITUACION EPIDEMIOLÓGICA:

- No hay ningún municipio con afectación grave en el territorio Salvadoreño.
- **Hay 141 municipios a nivel nacional con niveles de afectación leve y 121 fuera de cualquier tipo de alerta**
- Todos los municipios han alcanzado niveles de leve o ninguna afectación.
- Los municipios costeros de la Libertad donde se desarrolla el proyecto de control biológico con alevines continúan representando un Clúster de municipios sin ningún tipo de afectación por enfermedades arbovirales.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Casos sospechosos de Zika por departamento y municipios SE 1-4 de 2018

Departamentos	acumu	Tasa
Chalatenango	2	1.0
Sonsonate	3	0.6
San Vicente	1	0.5
San Salvador	7	0.4
Cuscatlan	1	0.4
La Paz	1	0.3
Usulután	1	0.3
Ahuachapán		0.0
Santa Ana		0.0
La Libertad		0.0
Cabañas		0.0
San Miguel		0.0
Morazan		0.0
La Unión		0.0
Guatemala		
Honduras		
Total general	16	0.2

La tasa nacional acumulada 1 caso por 100,000h. Los 3 departamentos con tasas más altas (al momento) por encima de la tasa nacional son: Chalatenango, Sonsonate, San Vicente.

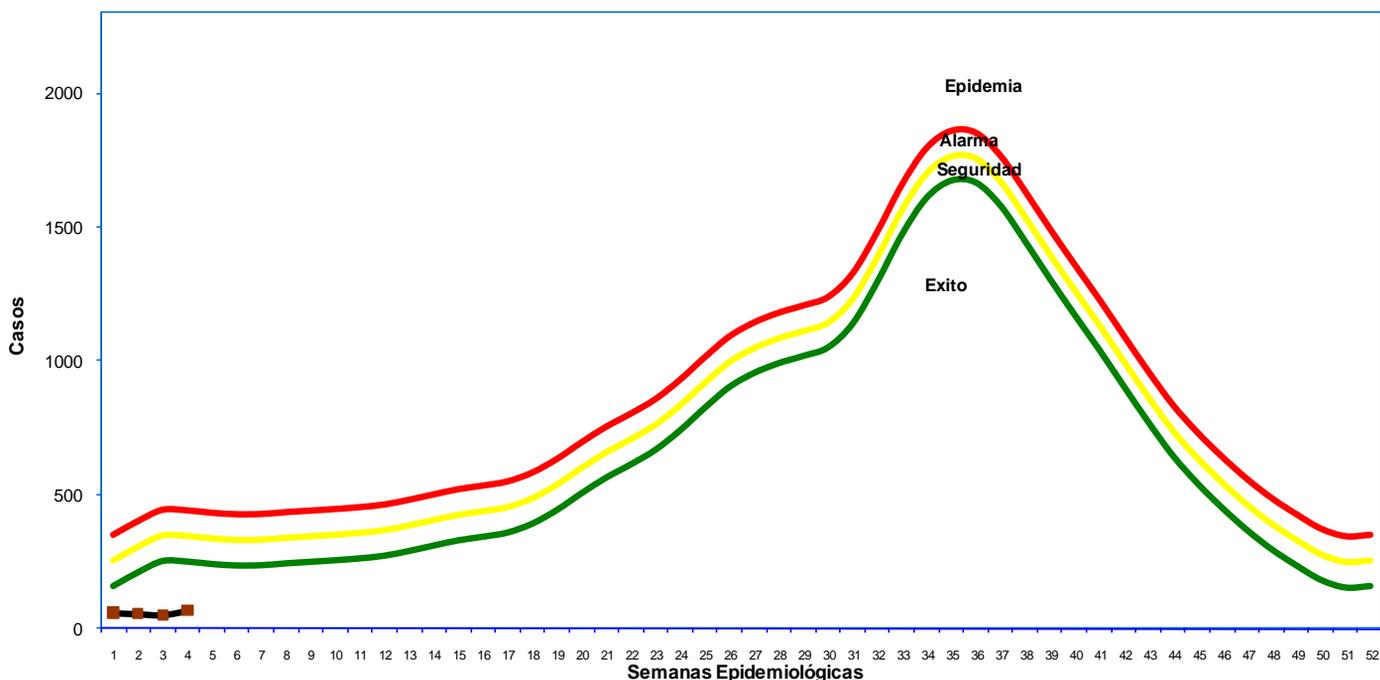
Casos y tasas de sospechosos de Zika en embarazadas SE 1-4 de 2018

Departamentos	acumu	Tasa
Usulután	1	0.3
Sonsonate	1	0.2
San Salvador	1	0.1
Ahuachapán		0.0
Santa Ana		0.0
Chalatenango		0.0
La Libertad		0.0
Cuscatlan		0.0
La Paz		0.0
Cabañas		0.0
San Vicente		0.0
San Miguel		0.0
Morazan		0.0
La Unión		0.0
Guatemala		
Total general	3	0.0

Se registraron 3 mujeres embarazadas más sospechosas de Zika, totalizando 48 en cohorte desde el año pasado. de estas 38 (91%) se encuentran en seguimiento –datos pendientes por el programa integral de atención a la mujer-.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Corredor epidémico de casos sospechosos de dengue, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2017, casos sospechosos SE1-4 de 2018



Hasta la SE4 del presente año, la tendencia de los casos sospechosos notificados en el VIGEPES se ha mantenido constante, los casos se encuentran en zona de éxito.

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1-4 de 2017-2018 y porcentaje de variación

	Año 2017 SE1-3	Año 2018 SE1-3	Diferencia	% de variación
Casos probable de dengue (SE 1-2)	1	8	7	700%
Casos confirmados con y sin signo de alarma (SE 1-3)	1	0	-1	-100%
Casos confirmados dengue grave (SE 1-3)	0	0	0	0%
Total casos confirmados Dengue (SE 1-3)	1	0	-1	-100%
Hospitalizaciones (SE 1-4)	52	53	1	2%
Fallecidos (SE 1-4)	0	0	0	0%

Hasta SE2 se han presentado, 8 casos probables durante el 2018, lo que representa un aumento del 700% en comparación al 2017. Hasta la SE3, no se ha confirmado ningún caso, para el mismo periodo en el 2017 se había confirmado 1. Hasta la SE4 del presente año, se ha presentado un pequeño aumento de las hospitalizaciones del 2% (1 casos mas) en relación al año 2017.

Casos probables de dengue SE2 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE3, por grupos de edad, 2018

Grupo de edad	Probables SE2	Confirmados SE3	Tasa x 100.000
<1 año		0	0.0
1-4 años		0	0.0
5-9 años	5	0	0.0
10-14 años	1	0	0.0
15-19 años	1	0	0.0
20-29 años	1	0	0.0
30-39 años		0	0.0
40-49 años		0	0.0
50-59 años		0	0.0
>60 años		0	0.0
	8	0	0.0

Hasta la SE3, no se ha confirmado ningún caso.

Casos probables de dengue SE2 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE3, por departamento, 2018.

Departamento	Probables SE2	Confirmados SE3	Tasa x 100.000
Chalatenango	4	0	0.0
Santa Ana	2	0	0.0
San Salvador	2	0	0.0
Ahuachapán	0	0	0.0
Sonsonate	0	0	0.0
La Libertad	0	0	0.0
Cuscatlán	0	0	0.0
La Paz	0	0	0.0
Cabañas	0	0	0.0
San Vicente	0	0	0.0
Usulután	0	0	0.0
San Miguel	0	0	0.0
Morazán	0	0	0.0
La Unión	0	0	0.0
Otros países	0	0	0.0
	8	0	0.0

Hasta la SE3, no se ha confirmado ningún caso.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Resultados de muestras de casos sospechosos de dengue, SE 1-4 2018

Tipo de Prueba	SE 4			SE 1-4		
	Pos	Total	%pos	Pos	Total	%pos
PCR	0	0	0	0	0	0
NS1	0	10	0	0	29	0
IGM	2	15	13	10	52	19
Total	2	25	8	10	81	12

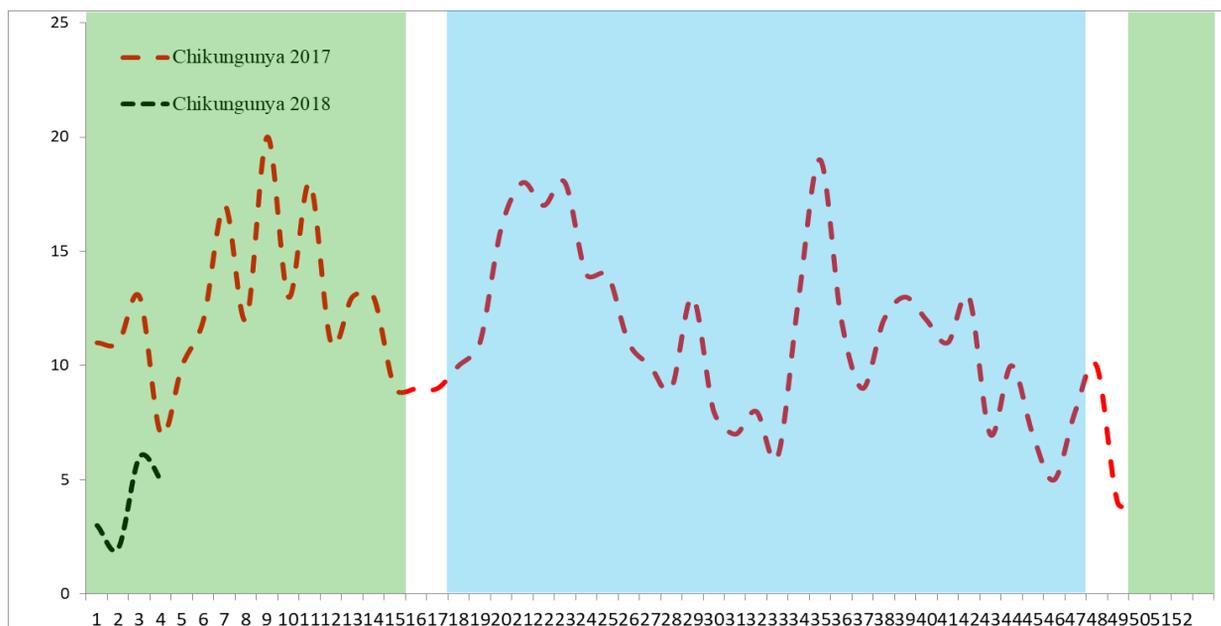
El total de las muestras procesadas hasta la SE4 fueron 81, con una positividad del 12% (10 muestras). Las muestras procesadas en la SE4 fueron 25, con una positividad de muestras del 8% (2).

Hasta la SE4 no se ha procesado ninguna muestra para PCR durante el año. Las muestras procesadas de NS1 hasta la SE4 fue 29, todas negativas. Para la SE4 se procesaron 10 muestras, todas negativas.

La positividad de muestras procesadas de IgM hasta la SE4 fue 19% (10). Para la SE4 la positividad fue de 13% (2).

5

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2017, SE 4-52 de 2018



Índices larvarios por departamento y proporción de criaderos detectados. SE 04 – 2018, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	21
La Paz	12
La Unión	12
Usulután	11
San Miguel	9
Cabañas	8
San Vicente	7
Chalatenango	7
Ahuachapán	7
Morazán	6
Sonsonate	6
Santa Ana	6
La Libertad	6
Cuscatlan	6
Nacional	9

Depósitos	Porcentaje
Útiles	90
Inservibles	8
Naturales	1
Llantas	1

Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y zika SE 04 – 2018

- ❖ 43438 viviendas visitadas, inspeccionando 41259 (95%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos de zancudos, Población beneficiada 215691 personas.
- ❖ En 17388 viviendas se utilizó 1206 Kg. de larvicida granulado al 1% y en el resto ya tenían la aplicación de larvicida, lavado de los depósitos, tapado, embrocado, eliminado o peces como control biológico de las larvas de zancudos.
- ❖ Entre las medidas observadas y realizadas, se encontró que de 214279 depósitos inspeccionados; 5265 (2.46%) tienen como medida de control larvario peces, 171740 abatizados, lavados, tapados entre otros (80.14%) y 37274 eliminados como inservibles (17.4%)
- ❖ Se fumigación 8884 viviendas y 268 áreas colectivas (Centros educativos, iglesias, instalaciones de instituciones entre otros)
- ❖ 62 Controles de foco realizados con medidas integrales. (Búsqueda tratamiento o eliminación de criaderos de zancudos, búsqueda activa de febriles, educación, fumigación intra y peridomiciliar en un radio de 100 metros)
- ❖ 1088 Áreas colectivas tratadas con medidas integrales de búsqueda tratamiento o eliminación de criaderos de zancudos.

Actividades de educación para la salud realizadas por personal de vectores

- ❖ 8755 charlas impartidas.
- ❖ 27 horas de perifoneo
- ❖ 1836 material educativo distribuido (Hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso Humano intersectorial participante 1507

- ❖ 89 % Ministerio de Salud.
- ❖ 5 % Alcaldías Municipales.
- ❖ 1 % Ministerio de educación y centros educativos
- ❖ 5 % personal de diferentes instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 1-4 de 2017-2018

	Semana 03		Diferencia	% de variación
	Año 2017	Año 2018		
Casos Chikungunya (SE 1-4)	42	16	-26	-62%
Hospitalizaciones (SE 1-4)	2	3	1	50%
Fallecidos (SE 1-4)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-4 de 2018

Departamentos	Total general	Tasa
Semanas INI	Total general	Tasa
Chalatenango	4	1.95
Cuscatlan	2	0.75
San Salvador	6	0.34
La Paz	1	0.28
San Miguel	1	0.20
Santa Ana	1	0.17
La Libertad	1	0.12
Ahuachapan		0.00
Sonsonate		0.00
Cabañas		0.00
San Vicente		0.00
Usulután		0.00
Morazan		0.00
La Unión		0.00
Guatemala		
Honduras		
Total general	16	0.24

En el porcentaje acumulado hasta la SE04 del 2018, 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 2017, se ha experimentado una importante reducción porcentual de 62% de casos sospechosos y de 50% de hospitalizaciones.

Los departamentos que presentan las mayores tasas por 100,000 habitantes son: Chalatenango, Cuscatlán, San Salvador y La Paz (superior de la tasa nacional).

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.

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 1-4 de 2018

Grupos edad	Total general	Tasa
<1 año	2	1.80
1-4 años	2	0.45
5-9 años	2	0.35
10-19 años	2	0.15
20-29 años	3	0.23
30-39 años	3	0.34
40-49 años	1	0.14
50-59 años		0.00
>60 años	1	0.14
Total general	16	0.24

De acuerdo con los grupos de edad los más afectados son: menores de un año, 1 a 4 y 5 a 9 años

- El promedio de casos semanal de enfermedad diarreica aguda es de 4,818 casos.
- Durante la semana 4 se reporta una tasa de 58 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 98 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 3 (156 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 4 del año 2018 (293 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2017 (600 casos x100mil/hab.), se evidencia una reducción en el riesgo (307 casos x100mil/hab.).
- Los riesgos en base a tasa x 100mil/hab. por Departamentos oscilan entre 118 en Ahuachapán y 544 en San Salvador. El mayor riesgo en base a tasa de incidencia x100mil/hab. se evidencian en los departamentos de San Salvador 544, Usulután 256 y La Libertad 251.
- Del total de egresos por Diarrea, el 54% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (72%) seguido de los adultos mayores de 59 años (7%).

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 4

Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2018	534	6	1.12
2017	1,901	2	0.11

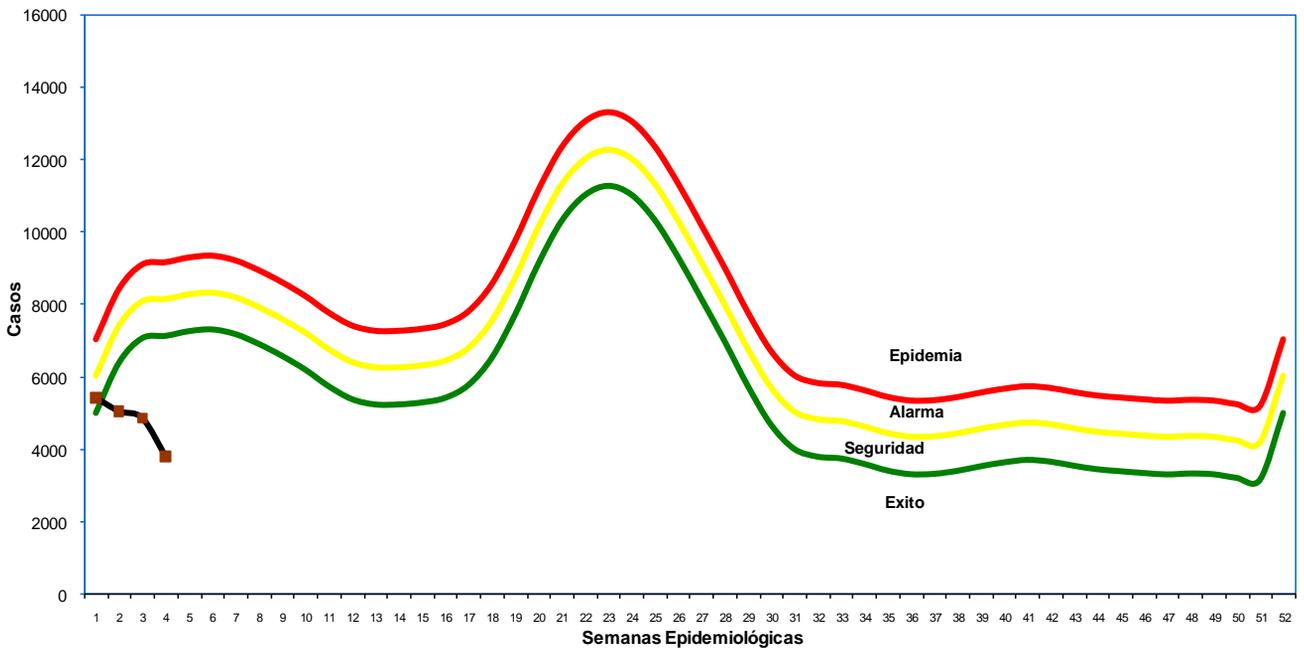
Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 30 de enero 2018, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de EDAS, SE04 de 2018

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	1,930	1734
1-4 años	4,448	996
5-9 años	1,151	203
10-19 años	1,041	80
20-29 años	3,549	273
30-39 años	2,447	278
40-49 años	1,855	259
50-59 años	1,331	249
>60 años	1,518	209
Total general	19,270	293

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
San Salvador	9,725	544
Usulután	960	256
La Libertad	2,020	251
San Vicente	415	225
San Miguel	1,125	225
Chalatenango	456	223
La Paz	797	220
Cabañas	327	195
Sonsonate	946	187
Santa Ana	974	165
Morazan	311	153
La Unión	397	148
Cuscatlán	388	146
Ahuachapán	429	118
Total general	19,270	293

Corredor epidémico de casos de diarreas, según fecha de inicio de síntomas, 2012 - 2018, casos sospechosos SE-04 de 2018



Infección Respiratoria Aguda, El Salvador, SE 4-2018

- El promedio de casos semanal de Infección Respiratoria Aguda es de 30,525 casos.
- Durante la semana 4 se reporta una tasa de 427 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 126 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 3 (553 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 4 del año 2018 (1,855 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2017 (2,094 casos x100mil/hab.), que significa una reducción de riesgo de 239 casos x100mil/hab.
- Los riesgos en base a tasa x100mil/hab. por Departamentos oscilan entre 1,235 en Cuscatlán y 2,892 en Chalatenango. El mayor riesgo en base a tasa de incidencia x100mil/hab. se evidencian en los departamentos de Chalatenango 2,892, San Salvador 2,336 y Usulután 2,194.

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de IRAS, SE-04 de 2018

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000	Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	9,994	8,979	Chalatenango	5,927	2,892
1-4 años	24,494	5,483	San Salvador	41,729	2,336
5-9 años	14,857	2,619	Usulután	8,225	2,194
10-19 años	10,290	793	San Miguel	10,095	2,019
20-29 años	16,955	1,304	Morazan	3,886	1,907
30-39 años	14,379	1,632	San Vicente	3,418	1,856
40-49 años	12,396	1,730	Cabañas	2,963	1,768
50-59 años	9,013	1,689	La Unión	4,400	1,639
>60 años	9,722	1,336	Sonsonate	8,235	1,626
Total general	122,100	1,855	La Libertad	11,779	1,465
			La Paz	5,121	1,412
			Santa Ana	8,135	1,381
			Ahuachapán	4,899	1,348
			Cuscatlán	3,288	1,235
			Total general	122,100	1,855

Neumonías, El Salvador, SE 4-2018

- El promedio de casos semanal de Neumonía es de 419 casos.
- Durante la semana 4 se reporta una tasa de 7 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 2 caso x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 3 (9 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 4 del año 2018 (25 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2017 (35 casos x100mil/hab.), se evidencia una reducción en el riesgo (10 casos x100mil/hab.).
- Los riesgos en base a tasa x100mil/hab. por Departamentos oscilan entre 8 en Sonsonate y 53 en La Unión. El mayor riesgo en base a tasa de incidencia x 100mil/hab. se evidencian en los departamentos de La Unión 53, Usulután 46 y San Miguel 45.
- Del total de egresos por Neumonía, el 53% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (51%) seguido de los adultos mayores de 59 años (29%).

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 4

Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2018	523	48	9.18
2017	866	49	5.66

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 30 de enero 2018, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de NEUMONIAS, SE-04 de 2018

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	477	429
1-4 años	548	123
5-9 años	96	17
10-19 años	34	3
20-29 años	38	3
30-39 años	43	5
40-49 años	48	7
50-59 años	59	11
>60 años	334	46
Total general	1,677	25

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
La Union	143	53
Usulután	174	46
San Miguel	227	45
Chalatenango	76	37
Morazan	71	35
Cabañas	50	30
Santa Ana	156	26
La Paz	91	25
San Vicente	46	25
San Salvador	405	23
Ahuachapán	61	17
La Libertad	108	13
Cuscatlán	30	11
Sonsonate	39	8
Total general	1,677	25

Informe de situación de influenza, actualización Regional (OPS/OMS) Reporte SE 02 de 2018

Los datos de la última actualización regional en línea de la OPS correspondientes a la semana epidemiológica 01 – 2018 y publicada el 24 de enero de 2018 reportan :

América del Norte: en general, la actividad de influenza continuó en aumento según lo esperado en Canadá, México y los Estados Unidos. Influenza A(H3N2) e influenza B co-circulan en la sub-región. En los Estados Unidos, Canadá y México el aumento de la actividad de enfermedad tipo influenza (ETI) aumentó por encima de los umbrales.

Caribe: la actividad de influenza aumentó y se reportó una actividad moderada de virus sincicial respiratorio (VSR) en la mayoría de la subregión. La actividad de influenza continuó elevada en Haití, territorios franceses, Jamaica y Puerto Rico en semanas recientes con predominio de influenza B.

América Central: los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y de VSR disminuyó en toda la subregión. En Panamá, la actividad persistente de VSR fue reportada con neumonía y las hospitalizaciones asociadas con IRAG disminuyeron desde las últimas semanas. Se reportó actividad aumentada de influenza en semanas recientes.

Sub-región Andina: la actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja y estable, con un aumento de la circulación de influenza e IRAG en Ecuador, Perú y Venezuela, y una actividad alta pero estable en Colombia. En Perú, la actividad de IRA y neumonía permaneció alta en las últimas semanas, con mayores detecciones de influenza en general.

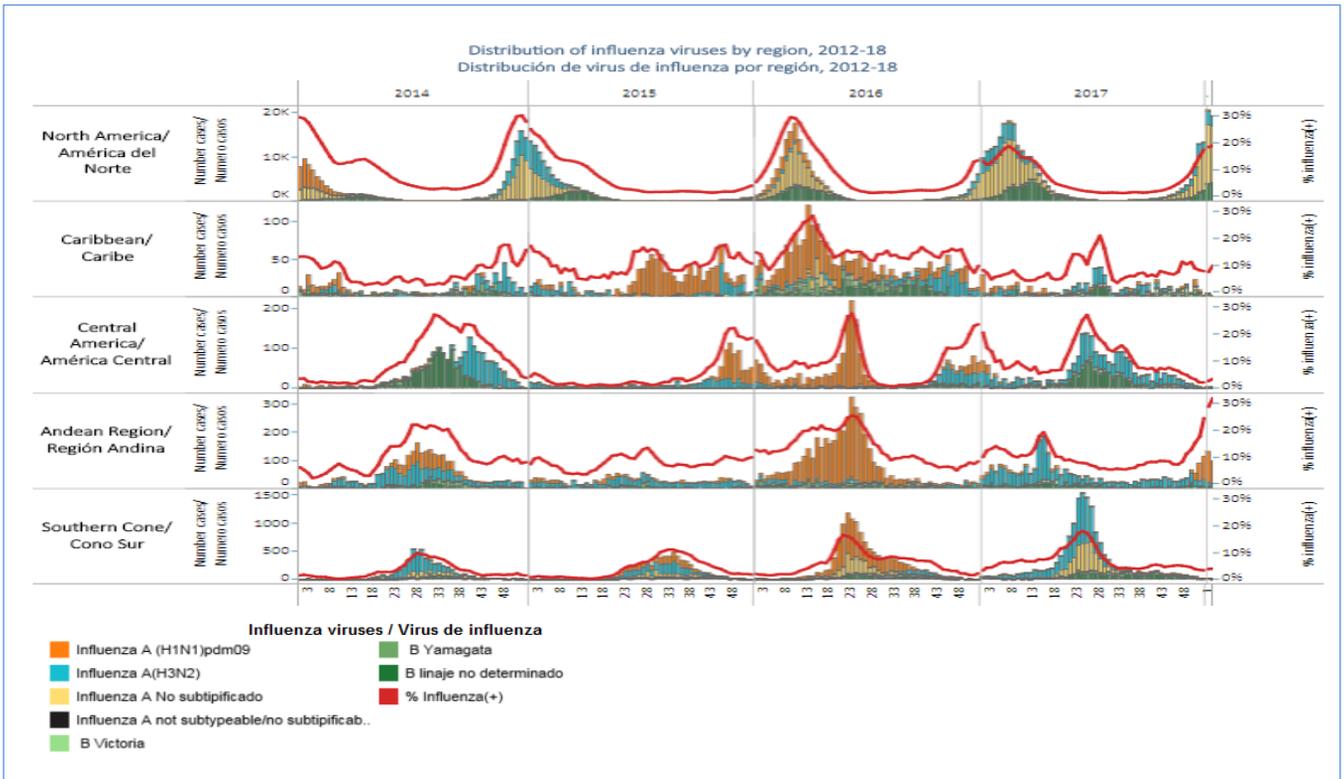
Brasil y Cono Sur: los niveles de influenza y VSR reflejaron una tendencia al descenso a niveles estacionales en toda la sub-región, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúan en descenso, con predominio de influenza B.

Global: la actividad de influenza continúa en aumento en la zona templada del hemisferio norte, mientras que en la zona templada del hemisferio sur la actividad se desarrolló a niveles inter-estacionales. En todo el mundo, influenza A representó la mayoría de las detecciones de influenza (62%), pero la influenza B (principalmente de linaje Yamagata) ha aumentado proporcionalmente.

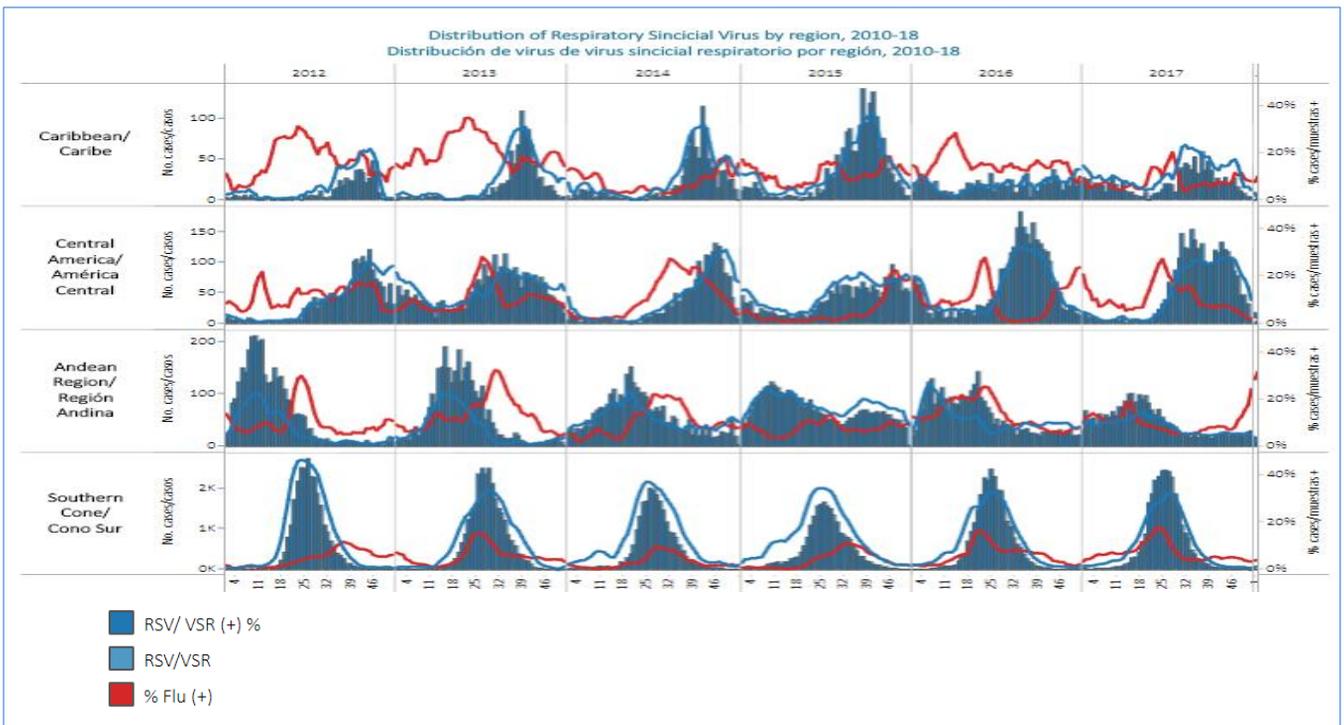
Fuente: Actualización Regional, OPS/OMS

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

Gráfica 1. Distribución de virus de influenza por región, 2014 – 2018



Gráfica 2. Distribución de virus de sincial respiratorio por región, 2012 – 2018



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

Gráfico 1.- Circulación de virus de influenza por semana epidemiológica
Vigilancia centinela, El Salvador, 2014 – 2018

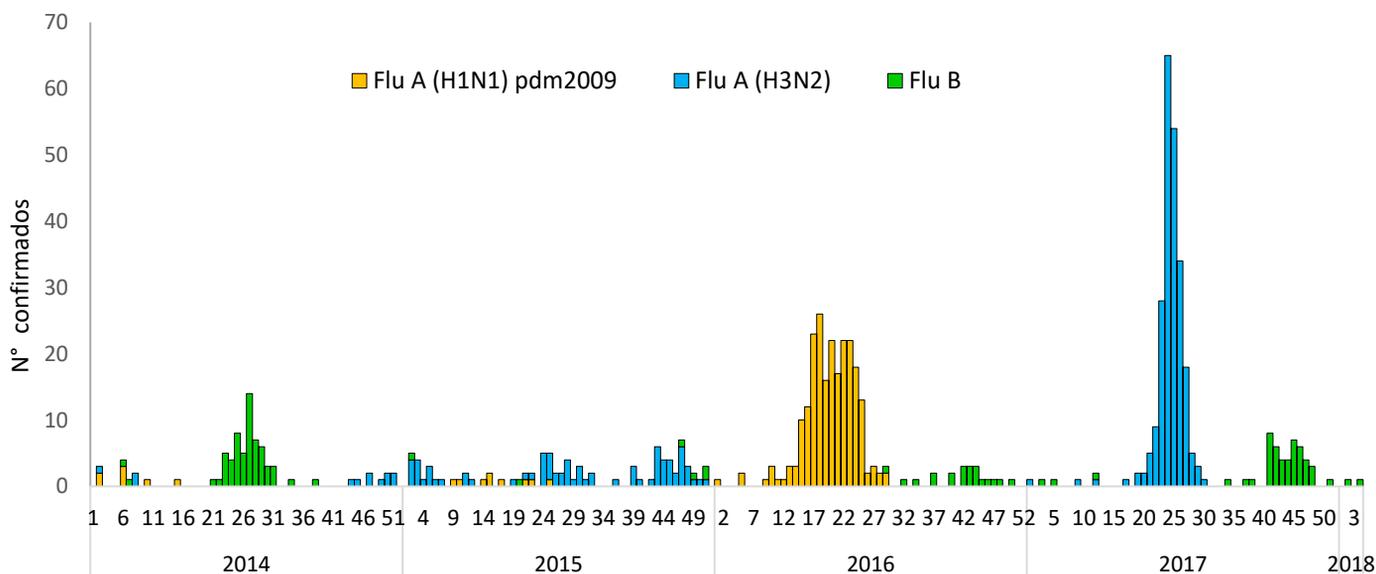


Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 04, 2017 – 2018

Resultados de Laboratorio	2017	2018	SE 04 2018
	Acumulado SE 04		
Total de muestras analizadas	148	106	28
Muestras positivas a virus respiratorios	13	2	1
Total de virus de influenza (A y B)	2	2	1
Influenza A (H1N1)pdm2009	0	0	0
Influenza A no sub-tipificado	0	0	0
Influenza A H3N2	1	0	0
Influenza B	1	2	1
Total de otros virus respiratorios	11	0	0
Parainfluenza	0	0	0
Virus Sincicial Respiratorio (VSR)	11	0	0
Adenovirus	0	0	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	9%	2%	4%
Positividad acumulada para Influenza	1%	2%	4%
Positividad acumulada para VSR	7%	0%	0%

La positividad para virus respiratorios durante el período de las semanas 1 – 4 de este año es 2% con respecto al mismo período del año pasado, en donde se la positividad acumulada era 9%, a predominio del virus sincicial respiratorio.

Durante la semana 4 se observa circulación de virus influenza B pendiente de linaje en un caso de enfermedad tipo influenza en un paciente de 72 años. La actividad de influenza podría verse incrementada en las próximas semanas, dado que en la Región se observa aumento de la actividad.

Fuente: VIGEPES

Gráfico 1.- Circulación de virus de sincicial respiratorio por semana epidemiológica, vigilancia centinela, El Salvador, 2014 – 2018

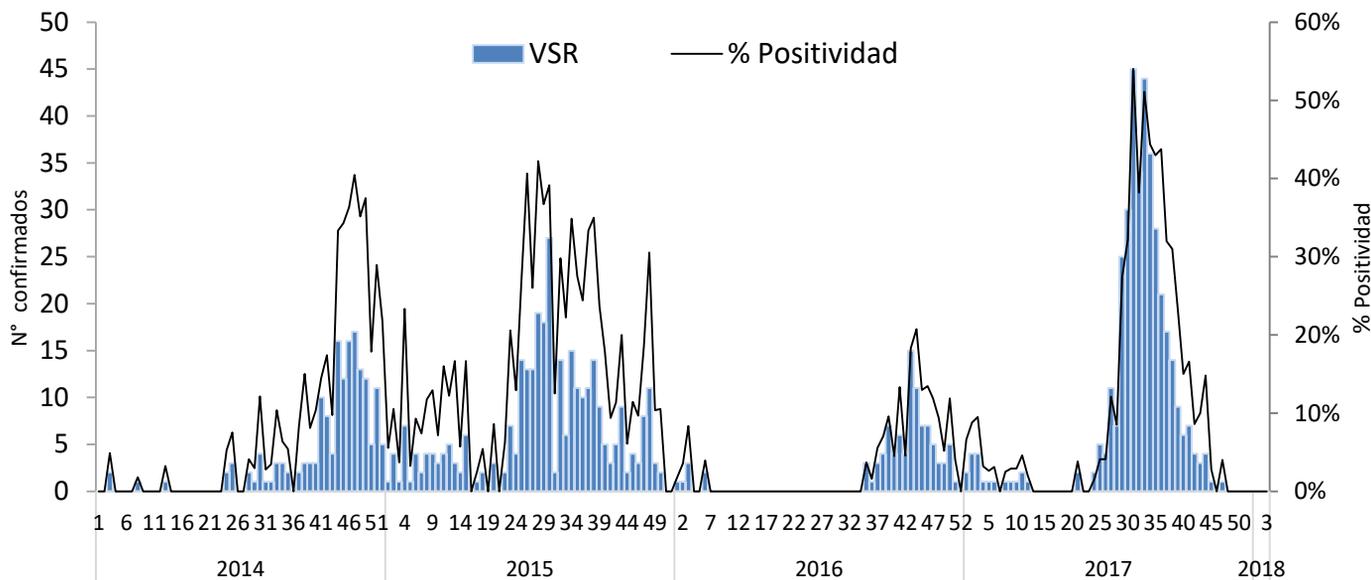
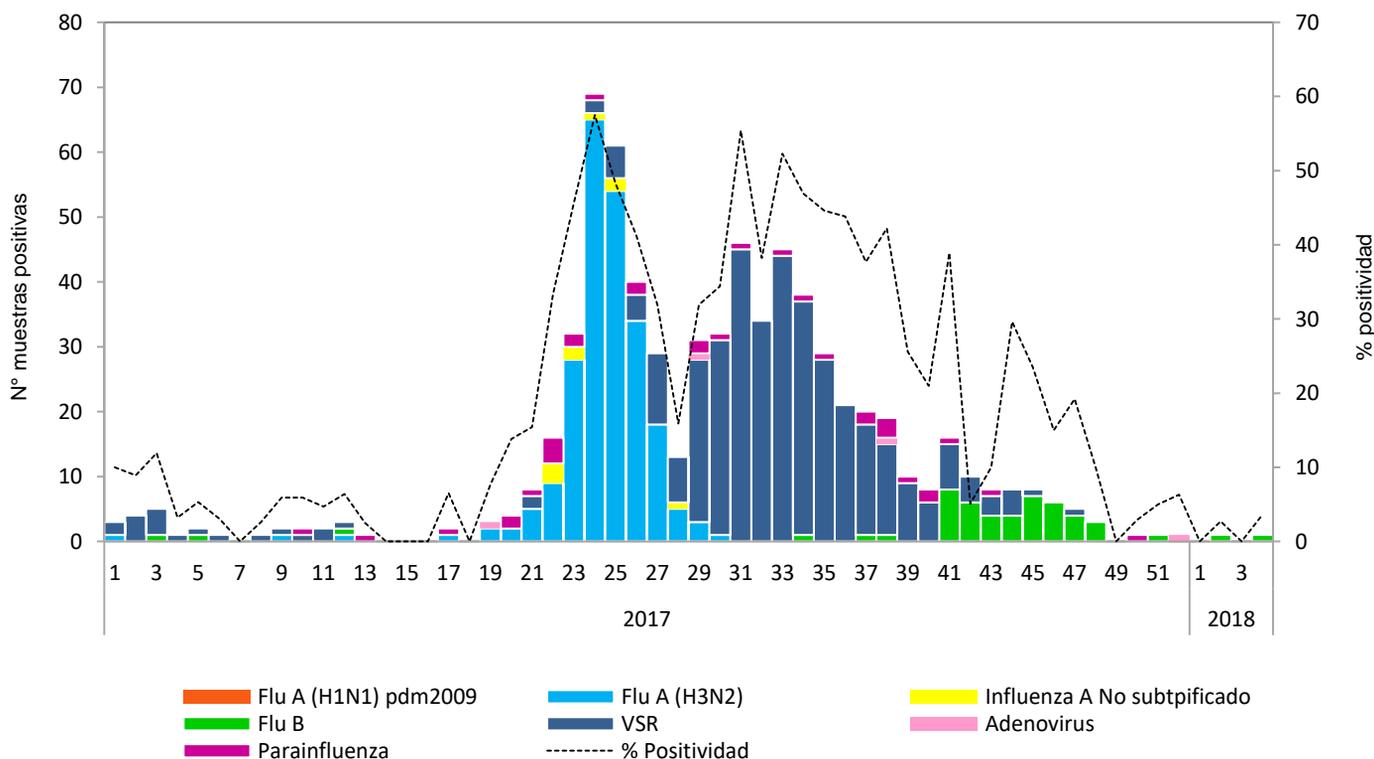
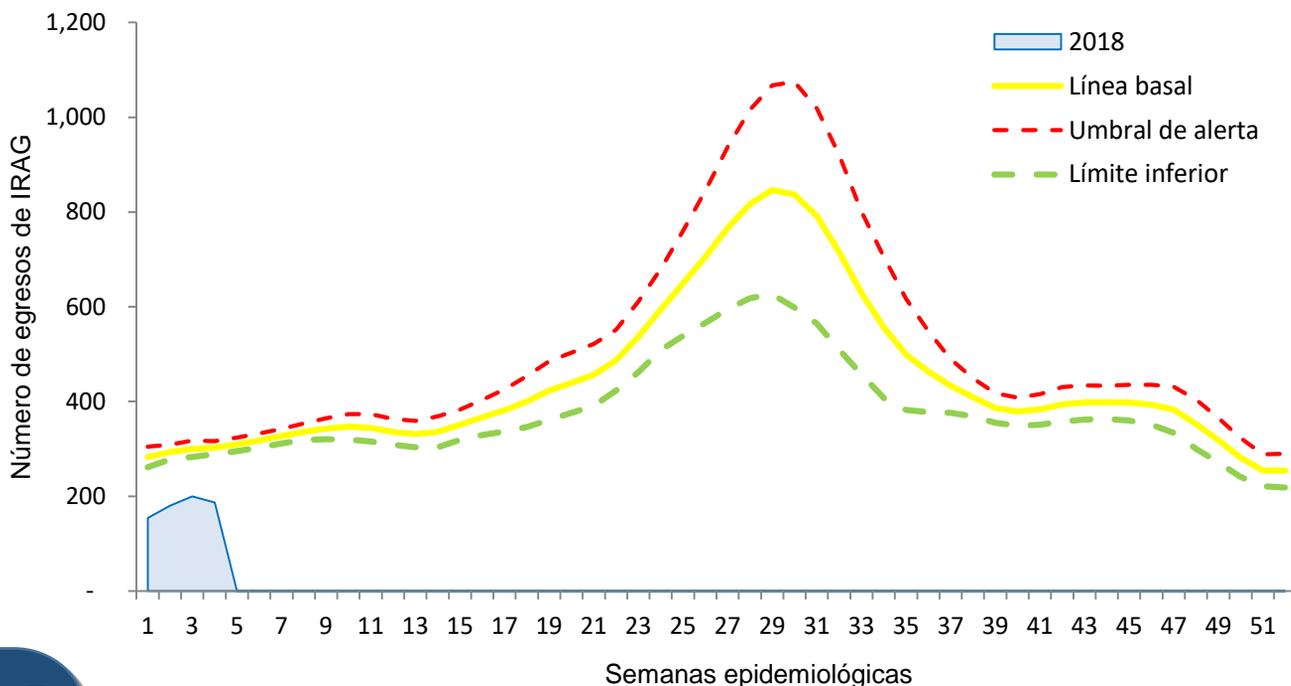


Gráfico 2.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica, vigilancia centinela, El Salvador, 2017 – 2018



■ Flu A (H1N1) pdm2009 ■ Flu A (H3N2) ■ Influenza A No subtipificado
■ Flu B ■ VSR ■ Adenovirus
■ Parainfluenza % Positividad

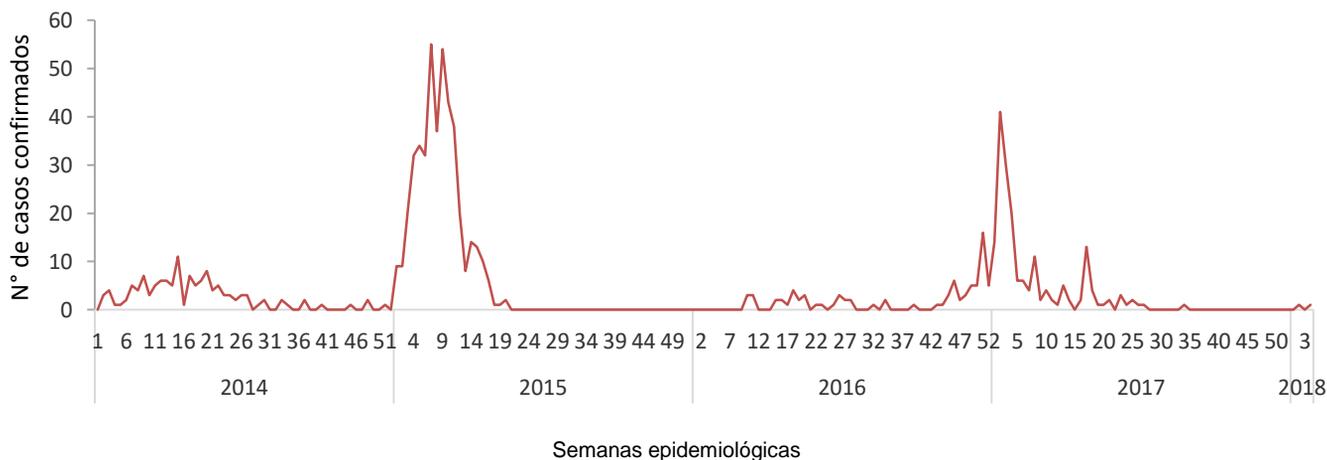
Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) egresados por semana, MINSAL, El Salvador, Semana 04 – 2018



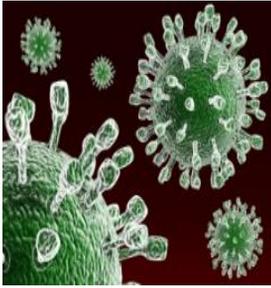
11

Vigilancia centinela de rotavirus

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus por año, vigilancia centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 04, 2014 – 2018



- Durante el año 2018, durante el período de las semanas 1 – 4 se notificó un total de 124 casos sospechosos de rotavirus, de estos 2 casos son confirmados, con una positividad acumulada de 2%, lo que contrasta con lo observado durante el mismo período de 2017, donde se tomó muestra a 379 sospechosos y de ellos 110 fueron casos confirmados (29% de positividad).
- Durante la semana 4 se investigó por laboratorio a 29 pacientes sospechosos de rotavirus y de ellos uno fue confirmado: un masculino de 6 meses, procedente de Ilopango, San Salvador, y captado por Hospital Nacional San Bartolo; el esquema de vacunación registra de manera verbal la vacunación contra rotavirus.
- De acuerdo al patrón de circulación de rotavirus en el país, podría esperarse circulación del virus en las próximas semanas.



Infección por Rotavirus

La enfermedad por rotavirus es una gastroenteritis viral aguda que puede causar vómito, fiebre, diarrea acuosa y deshidratación. Afecta principalmente a los lactantes y niños de corta edad, en quienes la deshidratación grave puede ocasionar la muerte, sin embargo la enfermedad puede presentarse también en adultos, especialmente en los contactos cercanos del enfermo.

La infección por rotavirus se presenta tanto en países desarrollados como en desarrollo. En los países con clima tropical, la enfermedad se observa durante todo el año, mientras que en el clima templado la enfermedad presenta incrementos estacionales particularmente en los meses más fríos.

Prácticamente todos los niños se infectan con rotavirus en los primeros dos a tres años de vida, la incidencia máxima de la enfermedad clínica se observa entre los 6 y 24 meses de edad.

El modo de transmisión de rotavirus es principalmente la vía fecal – oral, pero también hay evidencia de la propagación a través de las gotitas de saliva y secreciones del tracto respiratorio.

El virus es altamente infectante y muy estable en el medio ambiente: puede sobrevivir horas en las manos e incluso días en superficies sólidas, y permanece estable e infeccioso en heces humanas hasta por una semana. Las personas con rotavirus excretan grandes cantidades de partículas virales antes de que comiencen los síntomas de la enfermedad, durante todo el curso de la diarrea y, en un tercio de los casos, hasta una semana después de que los síntomas terminan. Muchas personas pueden excretar el virus sin presentar diarrea.

El contagio de persona a persona a través de las manos parece ser responsable de diseminar el virus en ambientes cerrados, como hogares y hospitales. La transmisión entre niños en guarderías es causada por el contacto directo y mediante alimentos o juguetes contaminados. El período de incubación es generalmente de 24 a 48 horas.

Medidas de prevención:

- Todos los miembros de la familia y el personal de servicios de salud y de guarderías deben lavarse las manos después de limpiar a un niño que haya defecado, después de eliminar la deposición del niño, después de defecar, antes de preparar los alimentos, antes de comer y antes de alimentar a un niño.
- Lavar bien los juguetes que haya utilizado el niño, por el riesgo de que hayan estado en contacto con su boca y estén contaminados.
- El agua para beber debe tomarse de la fuente más limpia disponible y de ser posible hervida.
- Todas las familias deben disponer de una letrina limpia o ser orientadas a defecar lejos de la casa, en un sitio que quede a una distancia de por lo menos 10 metros del lugar donde se encuentre el agua para el consumo.
- La lactancia materna exclusiva es altamente recomendable para disminuir la exposición al virus durante los primeros seis meses de vida.
- La vacunación contra el rotavirus es muy eficaz en la prevención de la enfermedad grave en los niños pequeños, incluida la infección por rotavirus que requiere hospitalización.

Fuente:

- Heyman D, El Control de las enfermedades transmisibles, 18° Edición, Washington, D.C, OPS, 2005. Pág. 314 – 318.
- OPS, Washington, D.C., Vigilancia epidemiológica de diarreas causadas por rotavirus, guía práctica. 2007. Pág 20.
- <https://www.cdc.gov/rotavirus/about/index.html>