

Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico

Semana 10 (del 06 al 12 de Marzo 2016)

CONTENIDO

1. Declaración OMS sobre 2^a reunión Comité de Emergencia del RSI (2005) sobre Zika y el aumento de trastornos neurológicos y malformaciones congénitas, 8 de marzo de 2016
2. Tasas nacionales IAAS 2016
3. Situación epidemiológica de Zika
4. Situación epidemiológica de Dengue
5. Situación epidemiológica de CHIKV
6. Resumen de eventos de notificación hasta SE 10/2016
7. Enfermedad diarreica Aguda
8. Infección respiratoria aguda
9. Neumonías
10. Vigilancia Centinela
11. Mortalidad materna
12. Mortalidad en < 5 años

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 10 del año 2016. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,107 unidades notificadoras (88.8%) 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 65.5% 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.

Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas

Declaración de la OMS, 8 de marzo de 2016

La segunda reunión del Comité de Emergencia convocado por la Directora General en virtud del Reglamento Sanitario Internacional (2005) (RSI 2005) con respecto a los conglomerados de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos en algunas zonas afectadas por el virus del Zika se celebró por teleconferencia el 8 de marzo del 2016, de 13.00 a 16.45 hora de Europa central.

La Secretaría de la OMS informó al Comité sobre las medidas adoptadas para poner en práctica las recomendaciones temporales emitidas por la Directora General el 1 de febrero del 2016 y sobre los conglomerados de casos de microcefalia y síndrome de Guillain-Barré que han tenido una asociación en el tiempo con la transmisión del virus del Zika. Se proporcionó al Comité mayores datos a partir de los estudios observacionales, comparativos y experimentales sobre la posible asociación causal entre la infección por el virus del Zika, la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré.

Los siguientes Estados Partes suministraron información sobre casos de microcefalia, síndrome de Guillain-Barré y otros trastornos neurológicos en presencia de transmisión del virus del Zika: Brasil, Cabo Verde, Colombia, Estados Unidos y Francia.

El Comité tomó nota de la nueva información proporcionada por los Estados Partes y las instituciones académicas en cuanto a las notificaciones de casos, las series de casos, un estudio de casos y testigos (síndrome de Guillain-Barré) y un estudio de cohortes (microcefalia) sobre las anomalías congénitas y los trastornos neurológicos en presencia de la infección por el virus del Zika. Reafirmó la necesidad de que siga adelante la labor para generar mayor evidencia con respecto a esta asociación y para comprender cualquier incongruencia en los datos de los países. El Comité recomendó que los conglomerados de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos sigan constituyendo una emergencia de salud pública de importancia internacional (ESPII), y reconoció que cada vez son más los indicios de que hay una relación causal con el virus del Zika.

Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas

Declaración de la OMS, 8 de marzo de 2016

El Comité hizo las siguientes recomendaciones a la Directora General para su consideración al abordar esta emergencia, en conformidad con el RSI (2005).

Microcefalia, otros trastornos neurológicos y virus del Zika

Debe intensificarse la investigación en torno a la relación entre los nuevos conglomerados de casos de microcefalia y otros trastornos neurológicos, incluido el síndrome de Guillain-Barré, y el virus del Zika.

Debe prestarse especial atención a generar datos adicionales sobre la secuencia genética y el efecto clínico de las diferentes cepas del virus del Zika, estudiar la neuropatología de la microcefalia, realizar estudios adicionales de casos y testigos, al igual que de cohortes, en entornos infectados más recientemente, y elaborar modelos en animales para realizar estudios experimentales. Debe acelerarse la investigación sobre la evolución natural de la infección por el virus del Zika, lo que incluye las tasas de infección asintomática, las implicaciones de la infección asintomática, en particular con respecto al embarazo, y la persistencia de excreción vírica.

Deben realizarse estudios retrospectivos y prospectivos de las tasas de microcefalia y otros trastornos neurológicos en otras zonas donde se sabe que ha habido transmisión del virus del Zika pero no se observaron estos conglomerados.

Debe seguirse explorando en las investigaciones la posibilidad de otros factores causales o cofactores que pudieran explicar los conglomerados observados de microcefalia y otros trastornos neurológicos.

Para facilitar esta investigación y asegurar que los resultados se obtengan lo más rápido posible se debe: estandarizar y mejorar la vigilancia de la microcefalia y el síndrome de Guillain-Barré, en particular en las zonas de transmisión conocida del virus del Zika y las zonas en riesgo; empezar a trabajar en la formulación de la posible definición de caso de la “infección congénita por el virus del Zika”; transmitir rápidamente a la Organización Mundial de la Salud los datos clínicos, virológicos y epidemiológicos relacionados con las mayores tasas de microcefalia o síndrome de Guillain-Barré y transmisión del virus del Zika para facilitar la comprensión internacional de los estos eventos, guiar el apoyo internacional necesario para los esfuerzos de control y priorizar la investigación adicional y el desarrollo de productos.

Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas

Declaración de la OMS, 8 de marzo de 2016

Vigilancia

Debe mejorarse la vigilancia de la infección por el virus del Zika y su notificación por medio de la difusión de las definiciones de casos y los medios de diagnóstico estándares en las zonas de transmisión y las zonas en riesgo; en las zonas recién infectadas se deben emprender las medidas de control de vectores que se describen a continuación.

Control de vectores

Debe mejorarse la vigilancia de vectores, incluida la determinación de las especies de mosquitos vectores y su sensibilidad a los insecticidas, para fortalecer las evaluaciones de riesgos y las medidas de control de vectores. Deben ponerse en marcha y promoverse enérgicamente las medidas de control de vectores y de protección personal apropiadas, a fin de reducir el riesgo de exposición al virus del Zika.

Los países deben fortalecer las medidas de control de vectores a largo plazo y la Directora General de la OMS debe explorar la posibilidad de utilizar los mecanismos del RSI y de llevar este tema a una próxima Asamblea Mundial de la Salud, como una manera de fomentar una mayor participación de los países en este tema.

Comunicación de riesgos

Debe mejorarse la comunicación de riesgos en los países con transmisión del virus del Zika para abordar las inquietudes de la población, mejorar la participación de las comunidades, mejorar la notificación y garantizar la aplicación de las medidas de control de vectores y de protección personal. Estas medidas deben basarse en una evaluación apropiada de la percepción, el conocimiento y la información que el público tiene; debe evaluarse rigurosamente la repercusión de las medidas de comunicación de riesgos para guiar su adaptación y mejorar su repercusión.

Debe prestarse atención a asegurar que las mujeres en edad fértil, y las embarazadas en especial, tengan la información y los materiales necesarios para reducir el riesgo de exposición.

La información sobre el riesgo de transmisión sexual y las medidas para reducir dicho riesgo debe estar al alcance de las personas que viven en las zonas donde se ha notificado transmisión del virus del Zika o que regresan de ellas.

Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas

Declaración de la OMS, 8 de marzo de 2016

Atención clínica

Se debe brindar orientación a las embarazadas que han estado expuestas al virus del Zika y hacer el seguimiento de los resultados del embarazo sobre la base de la mejor información disponible y las prácticas y políticas nacionales. En las zonas de transmisión conocida del virus del Zika, los servicios de salud deben estar preparados para el posible aumento del número de casos de síndromes neurológicos o malformaciones congénitas.

Medidas con respecto a los viajes

No debe aplicarse ninguna restricción general a los viajes o el comercio con los países, las zonas o los territorios con transmisión del virus del Zika.

Se debe aconsejar a las embarazadas que no viajen a las zonas donde hay brotes en curso de infección por el virus del Zika, y las embarazadas cuyos compañeros sexuales vivan o viajen a las zonas con brotes deben asegurarse de adoptar prácticas sexuales seguras o abstenerse de tener relaciones sexuales durante el resto del embarazo.

Se debe brindar orientación actualizada a las personas que viajen a zonas con brotes de infección por el virus del Zika sobre los posibles riesgos y las medidas apropiadas para reducir la posibilidad de que se vean expuestas a picaduras de mosquitos. Al regresar, estas personas deben tomar las medidas apropiadas, incluida la actividad sexual segura, para reducir el riesgo de una nueva transmisión.

La Organización Mundial de la Salud debe actualizar regularmente las recomendaciones sobre los viajes a medida que evolucione la información sobre la naturaleza y la duración de los riesgos asociados con la infección por el virus del Zika.

Se deben poner en práctica las recomendaciones habituales de la OMS con respecto al control de vectores en los aeropuertos de conformidad con el RSI (2005). Los países deben considerar la desinsectación de las aeronaves.

Declaración de la OMS sobre la segunda reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre el virus del Zika y el aumento de los trastornos neurológicos y las malformaciones congénitas **Declaración de la OMS, 8 de marzo de 2016**

Investigación y desarrollo de productos

Debe priorizarse el desarrollo de nuevos medios diagnósticos para la infección por el virus del Zika a fin de facilitar las medidas de vigilancia y control y, especialmente, el tratamiento en el embarazo.

Deben investigarse, desarrollarse y evaluarse las nuevas medidas de control de vectores con especial urgencia.

Deben redoblarse los esfuerzos de investigación y desarrollo de las vacunas contra el virus del Zika y los tratamientos terapéuticos a mediano plazo.

Sobre la base de estas recomendaciones, la Directora General declaró que se mantenía el estado de emergencia de salud pública de importancia internacional. La Directora General hizo suyas las recomendaciones del Comité y las publicó como recomendaciones temporales en virtud del RSI (2005). La Directora General agradeció a los miembros y asesores del Comité por su orientación.

Hospital	catéter diálisis peritoneal	endometritis postparto	ISQ post cesárea	ISQ pos apendicectomía	ISQ post herniorrafia	ISQ post osteosíntesis	ISQ post colecistectomía
H. Ahuachapan	0.00	0.01	2.31	6.11	1.14	0.31	0.88
H. Metapan	0.00	0.00	1.35	0.51	0.00	0.00	0.00
H. Santa Ana	0.68	0.16	2.34	0.96	0.45	2.73	0.37
H. Chalchuapa	0.00	0.10	2.29	9.69	0.00	0.00	1.38
H. Sonsonate	0.00	0.15	3.08	1.64	1.30	5.72	0.56
H. San Rafael	0.00	0.47	4.00	2.15	0.80	1.53	0.51
H. Chalatenango	0.00	0.21	2.36	3.33	0.61	4.11	2.25
H. Nueva Concepcion	0.00	0.43	3.14	3.28	1.60	14.76	0.98
HNRosales	5.37	0.00	0.00	2.87	5.28	0.69	8.45
HNNBB	0.00	0.00	0.00	0.11	0.00	0.00	0.00
HNMaternidad	0.00	0.80	4.76	3.48	0.00	0.00	0.00
H Zacamil	0.00	0.20	2.02	3.83	1.84	2.33	3.10
H Saldaña	0.00	0.55	3.14	0.71	0.22	3.59	0.30
H. Soyapango	0.00	0.12	1.38	0.29	0.23	0.00	0.38
H. San Bartolo	0.00	0.20	1.89	0.17	0.00	10.28	0.00
H. Cojutepeque	0.00	0.19	1.93	2.04	0.87	0.00	1.01
H. Suchitoto	0.00	0.24	3.02	4.68	0.34	0.00	1.77
H. Zacatecoluca	0.00	0.75	2.99	2.29	3.20	0.86	1.12
H. Ilobasco	0.00	0.47	3.05	1.80	1.48	0.31	2.08
H. Sensuntepeque	0.00	0.09	0.94	2.13	0.44	0.63	0.00
H. San Vicente	0.00	0.79	1.97	1.93	2.07	1.63	0.93
H. Usulután	0.00	2.60	2.50	3.07	2.05	10.35	4.83
H. Santiago de María	0.00	0.84	2.84	1.52	2.39	0.00	1.79
H. Jiquilisco	0.00	0.34	4.22	0.00	0.98	0.00	1.67
H. Nueva Guadalupe	0.00	0.48	3.28	1.91	0.67	0.00	0.95
H. Ciudad Barrios	0.00	0.13	1.24	3.90	0.98	0.00	0.00
H. San Miguel	0.00	1.09	4.04	1.16	2.23	9.11	1.60
H. Gotera	0.00	0.24	2.54	0.29	0.18	0.39	0.42
H. La Unión	0.00	0.14	1.35	0.00	0.29	2.94	0.00
H. Santa Rosa de Lima	0.00	0.07	0.54	1.64	0.00	6.75	1.76
H. Militar Central	0.00	0.00	0.00	3.44	3.44	1.64	4.04

Fuente: comités de infecciones hospitalarias

Las tasas de IAAS han sido estimadas sobre la vigilancia mensual de los comités de infecciones de 5 años de datos.

- Las tasas de infecciones por dispositivos son expresadas por cada 1000 días de uso del mismo
- Las tasas de procedimientos son expresadas por cada 100 procedimientos realizados

Tasas Nacionales de Infecciones Asociadas a la Atención Sanitaria 2016

Hospital	menigitis post derivación	IVU catéter	Infecc catet vascular	Neumonía asoci VM	Onfalitis	Diarrea	Sepsis neonatal	Tasa global de IAAS
H. Ahuachapan	0.00	0.61	0.06	0.00	0.02	0.00	0.00	0.24
H. Metapan	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.37
H. Santa Ana	0.18	0.94	0.73	2.97	0.00	0.00	0.23	1.17
H. Chalchuapa	0.00	5.67	0.47	0.00	0.08	0.06	0.14	0.67
H. Sonsonate	0.00	9.02	2.04	0.00	0.03	0.02	0.12	0.71
H. San Rafael	0.00	0.98	0.00	10.49	0.00	0.00	0.06	0.94
H. Chalatenango	0.00	1.02	0.05	0.00	0.08	0.02	0.03	0.66
H. Nueva Concepcion	0.00	8.44	0.16	0.00	0.02	0.00	1.53	0.86
HNRosales	0.69	13.91	6.04	38.64	0.00	0.00	0.00	5.29
HNNBB	5.83	3.24	6.23	10.01	0.00	0.02	0.00	2.19
HNMaternidad	0.00	22.68	7.44	25.47	0.04	0.06	4.88	8.03
H Zacamil	0.00	1.81	0.10	22.92	0.05	0.01	0.19	0.95
H Saldaña	0.00	3.06	9.17	0.00	0.17	0.08	1.44	1.32
H. Soyapango	0.00	0.80	0.10	0.00	0.22	0.02	0.17	0.27
H. San Bartolo	0.00	1.04	0.05	0.00	0.00	0.01	0.05	0.30
H. Cojutepeque	0.00	0.63	0.00	0.00	0.19	0.00	0.00	0.45
H. Suchitoto	0.00	0.00	1.68	0.00	0.00	0.00	0.00	0.44
H. Zacatecoluca	0.00	4.37	0.30	0.00	0.03	0.48	0.02	1.39
H. Ilobasco	0.00	0.00	0.08	0.00	0.00	0.00	0.00	0.36
H. Sensuntepeque	0.00	0.00	0.07	0.00	0.04	0.00	0.02	0.24
H. San Vicente	0.00	0.42	0.02	0.00	0.00	0.00	0.02	0.47
H. Usulután	0.00	6.22	0.10	0.00	0.26	0.02	0.05	0.83
H. Santiago de María	0.00	4.05	0.40	0.00	0.45	0.00	0.14	0.54
H. Jiquilisco	0.00	6.93	0.04	0.00	0.53	0.01	0.78	0.35
H. Nueva Guadalupe	0.00	5.17	0.00	0.00	0.21	0.00	0.00	0.47
H. Ciudad Barrios	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.19
H. San Miguel	0.00	1.26	1.04	11.12	0.32	0.03	0.65	0.88
H. Gotera	0.00	12.41	0.11	0.00	0.12	0.03	0.00	0.22
H. La Unión	0.00	1.29	0.07	0.00	0.09	0.00	0.00	0.24
H. Santa Rosa de Lima	0.00	0.71	0.53	0.00	0.06	0.00	0.00	0.37
H. Militar Central	0.00	3.68	3.08	29.59	0.00	0.00	0.00	1.14

Fuente: comités de infecciones hospitalarias

Casos sospechosos de Zika SE 01 - 10 de 2016

Resumen	casos
Casos sospechosos (SE 01- 10)	5693
Casos sospechosos en embarazadas (SE 01- 10)	183
Casos confirmados (SE 01-10)	0
Defunciones (SE 01-10)	0

Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 01 - 10 de 2016

Grupos edad	Total general	tasa
<1	91	73
1-4	261	53
5-9	256	43
10-19	489	39
20-29	1419	119
30-39	1361	163
40-49	1007	145
50-59	558	109
>60	251	36
Total general	5693	89

Casos sospechosos de Zika en embarazadas SE 01- 10 de 2016*

Departamentos/Municipios	Total general
San Salvador	67
Cabañas	20
La Libertad	18
San Vicente	16
Chalatenango	15
Cuscatlan	14
Santa Ana	10
San Miguel	7
Usulután	6
Morazan	3
Ahuachapán	2
Sonsonate	2
La Paz	1
La Unión	1
Guatemala	1
Total general	183

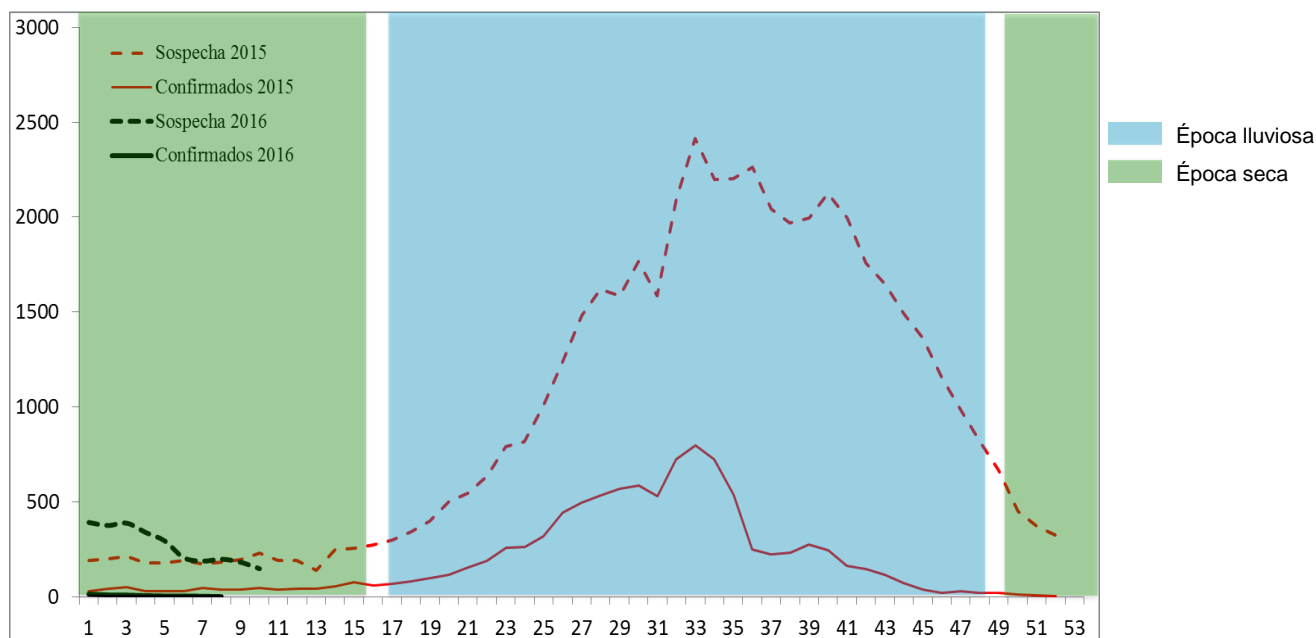
Casos sospechosos de Zika por departamento SE 01- 10 de 2016

Semanas INI	Total general	Tasa
Chalatenango	426	205
Cuscatlan	459	173
Cabañas	269	161
San Vicente	266	148
San Salvador	2146	123
La Libertad	943	121
Santa Ana	503	85
Morazan	101	50
Ahuachapán	130	38
La Paz	119	35
Usulután	118	31
San Miguel	118	24
Sonsonate	60	13
La Unión	33	13
Guatemala	2	
Total general	5693	89

- Desde la SE 47 a la SE 52 de 2015 se registraron 63 casos de sospecha de Zika en Mujeres Embarazadas, para un total 228

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE10 de 2016



Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE 01 a 10 de 2015-2016 y porcentaje de variación

	Año 2015	Año 2016	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-10)	1909	2697	788	41%
Hospitalizaciones (SE 1-10)	289	447	158	55%
Casos confirmados D+DG (SE 1-8)	277	43	-234	-84%
Casos confirmados Dengue (SE 1-8)	266	40	-226	-85%
Casos confirmados DG (SE 1-8)	11	3	-8	-73%
Fallecidos (SE 1-10)			0	0%

Tasa de letalidad: 0.00%

Hasta la SE10 del presente año (6 al 12 de marzo), se han registrado 2697 casos sospechosos de dengue, lo cual representa un aumento del 41% (788 mas casos) en relación al año 2015. Para el 2016 se han confirmado 43 casos, de los cuales 40 fueron casos con o sin signos de alarma y 3 fue de dengue grave.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE8 del 2016

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000
<1 año	3	2.4
1-4 años	3	0.6
5-9 años	9	1.5
10-14 años	4	0.7
15-19 años	4	0.6
20-29 años	13	1.1
30-39 años	3	0.4
40-49 años	1	0.1
50-59 años	1	0.2
>60 años	2	0.3
	43	0.7

Hasta la SE8 (casos confirmados), los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad son en menores de 1 año con una tasa de 2.4 por 100.00 habitantes, de 5 a 9 años 1.5 y 20 a 29 años con 1.1 cada uno.

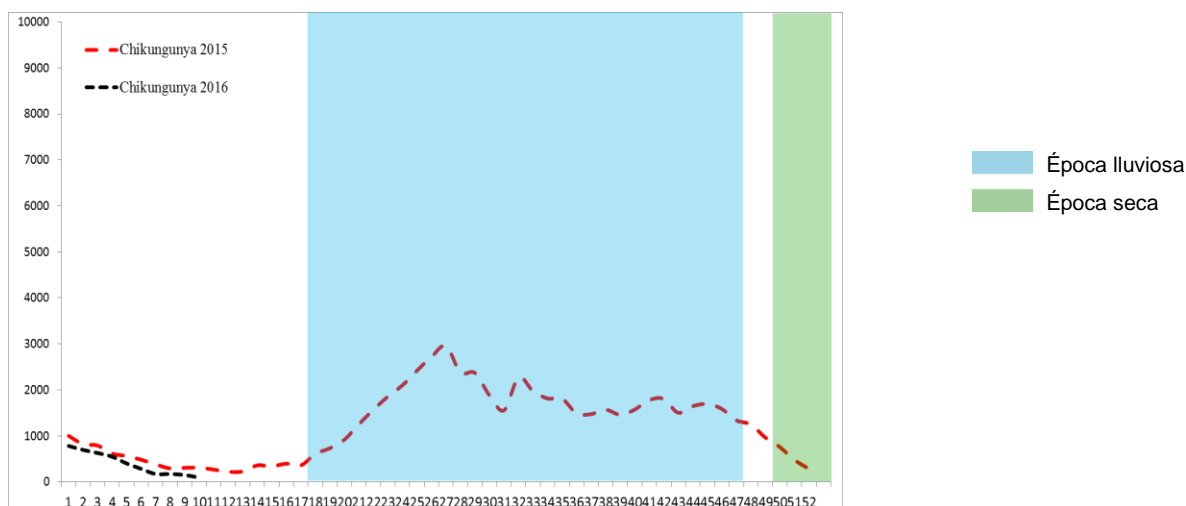
Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE8 del 2016

Departamento	Casos	Tasa x 100.000
Cabañas	11	6.6
Chalatenango	9	4.3
Cuscatlan	3	1.1
San Miguel	3	0.6
La Libertad	4	0.5
Morazan	1	0.5
San Salvador	8	0.5
Santa Ana	2	0.3
La Paz	1	0.3
Sonsonate	1	0.2
Ahuachapan	0	0.0
San Vicente	0	0.0
Usulután	0	0.0
La Union	0	0.0
Otros países	0	
	43	0.7

Los departamentos con tasas arriba de la tasa nacional son: Cabañas (6.6), Chalatenango (4.3) y Cuscatlán (1.1). Los departamentos de Ahuachapán, San Vicente, Usulután, y La Unión no han presentado casos.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE 1 -10 de 2016



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 10 de 2015-2016

	Semana 10		Acumulado		Diferencia Acumulada	% de variación
	Año 2015	Año 2016	Año 2015	Año 2016		
Casos Chikungunya (SE 1-10)	311	91	5575	3921	-1654	-30%
Hospitalizaciones (SE 1-10)	20	1	281	112	-169	-60%
Fallecidos (SE 1-10)	0	0	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-10 de 2016

Semanas INI	Total general	Tasa x 100000
Chalatenango	540	259
Cuscatlan	341	128
Cabañas	214	128
Santa Ana	619	105
San Vicente	152	85
La Libertad	508	65
Morazan	123	60
Ahuachapán	174	51
Sonsonate	188	40
San Salvador	688	39
Usulután	114	30
San Miguel	131	27
La Paz	80	24
La Unión	44	17
Guatemala	5	
Total general	3921	61

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 1-10 de 2016

Grupos INI	Total general	tasa x 100000
<1	198	158
1-4	358	73
5-9	299	51
10-19	635	50
20-29	871	73
30-39	686	82
40-49	443	64
50-59	270	53
>60	161	23
Total general	3921	61

Índices larvarios SE 10 – 2016, El Salvador

No	Departamentos	IC
1	San Salvador	18
2	Usulután	11
3	Cuscatlan	10
4	La Unión	10
5	San Miguel	9
6	La Paz	9
7	Ahuachapán	9
8	San Vicente	9
9	Santa Ana	8
10	Chalatenango	8
11	Morazán	7
12	Cabañas	6
13	La Libertad	6
14	Sonsonate	6
	Nacional	9

Proporción de criaderos encontrados positivos	%
Útiles	81
Inservibles	18
Naturales	0
Llantas	1

Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y Zika SE10 – 2016

- ❖ 50,461 viviendas visitadas, inspeccionando 47,000 (93%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos.
- ❖ Entre las medidas observadas y realizadas, se encontró que 6,642 depósitos tienen como medida de control larvario peces de un total de 191, 191 criaderos inspeccionados, equivalente a un 3.48%.
- ❖ En 18,914 viviendas se utilizó 1,393 Kg. de larvicida granulado al 1%; y 42,520 aplicaciones de fumigación a viviendas.
- ❖ 1344 Controles de foco realizados.
- ❖ 1422 Áreas colectivas tratadas y 261 fumigadas.

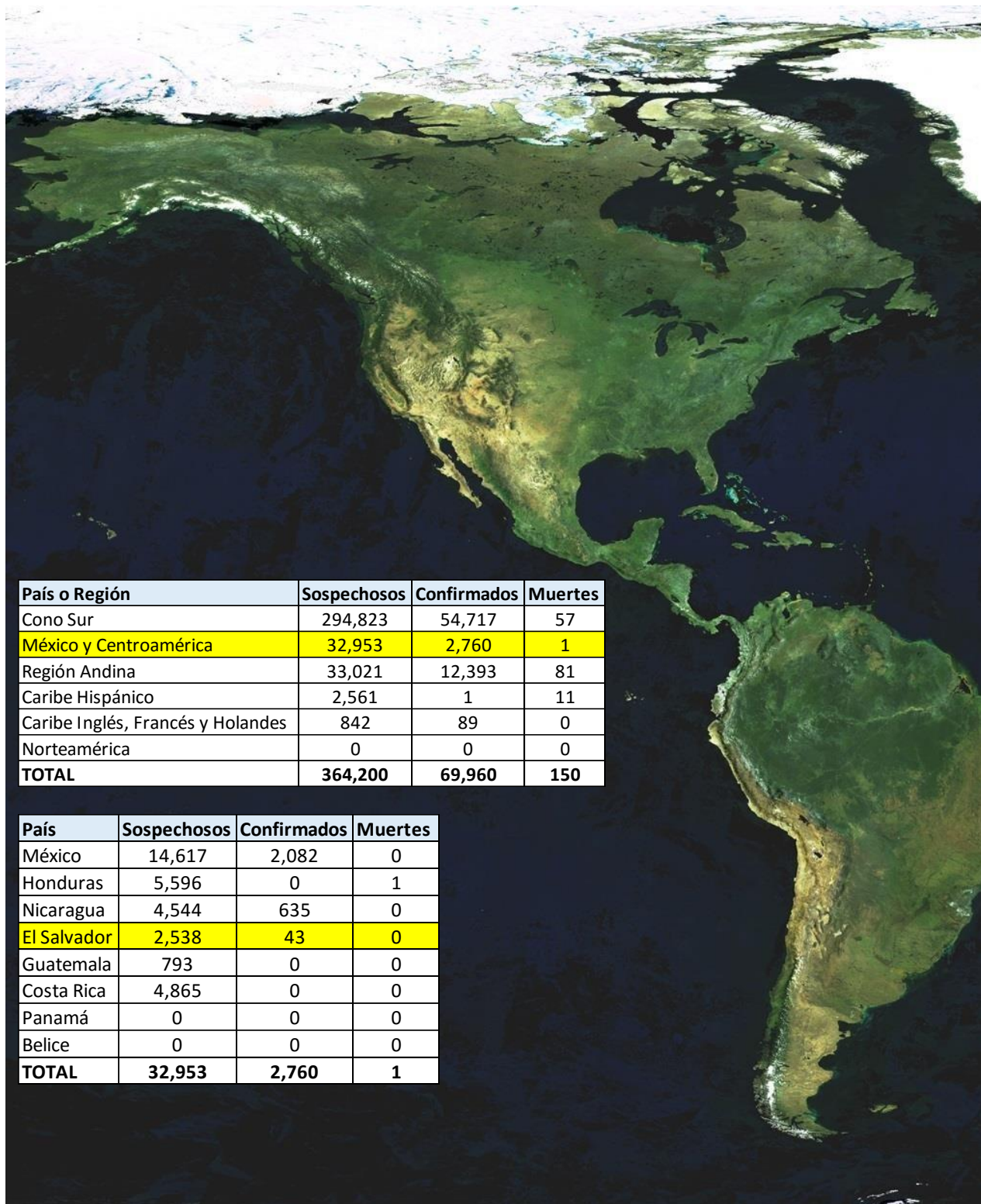
Actividades de promoción y educación para la salud

- ❖ 12,017 charlas impartidas, 83 horas de perifoneo.
- ❖ 3,564 material educativo distribuido (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso Humano participante 2,683

- ❖ 69 % Ministerio de Salud.
- ❖ 27 % personal de diferentes instituciones de gobierno.
- ❖ 4 % personal de las alcaldías municipales.

CASOS DE DENGUE Y DENGUE SEVERO REPORTADO EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS, ACTUALIZADO HASTA LA SE 10 – 2016



País o Región	Sospechosos	Confirmados	Muertes
Cono Sur	294,823	54,717	57
México y Centroamérica	32,953	2,760	1
Región Andina	33,021	12,393	81
Caribe Hispánico	2,561	1	11
Caribe Inglés, Francés y Holandes	842	89	0
Norteamérica	0	0	0
TOTAL	364,200	69,960	150

País	Sospechosos	Confirmados	Muertes
México	14,617	2,082	0
Honduras	5,596	0	1
Nicaragua	4,544	635	0
El Salvador	2,538	43	0
Guatemala	793	0	0
Costa Rica	4,865	0	0
Panamá	0	0	0
Belice	0	0	0
TOTAL	32,953	2,760	1

Fuente: PAHO EW 10

Numero de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas 2016, casos acumulados hasta la semana epidemiológica 10 (actualizado al 11 de marzo 2016)

País/Territorio	Casos de transmision autóctona		Casos importados	Fallecidos
	Sospechos	Confirmados		
América del Norte				
Bermuda				
Canada				
Mexico	0	158	0	0
Estados Unidos de América				
Subtotal	0	158	0	0
Istmo Centroamericano				
Belize				
Costa Rica	1,167	0	0	0
El Salvador	3,804	0	0	0
Guatemala	719	18	0	0
Honduras	5,731	0	0	0
Nicaragua	3,657	268	0	0
Panama		2	2	0
Subtotal	15,078	288	2	0
Caribe Latino				
Cuba				
República Dominicana				
Guyana Francesa				
Guadalupe				
Haiti				
Martinica				
Puerto Rico	16	0	0	0
San Bartolomé				
San Martín (Francia)				
Subtotal	16	0	0	0
Área Andina				
Subtotal	14,338	885	4	0
Cono Sur				
Subtotal	0	48	25	0
Caribe No-Latino				
Subtotal	0	0	0	0
TOTAL	29,432	1,379	31	0

Fuente: Casos reportados por Centros Nacionales de Enlace del RSI a OPS/OMS o a partir de los websites de los Estados Miembros o informados publicamente por autoridades nacionales

No	Evento	Semanas		Acumulado	Acumulado	(%)	Tasa por
		<u>Epidemiológicas</u>				Diferencial	100000.0
		9	10	2015	2016	para 2016	habitantes
1	Infección Respiratoria Aguda	38444	31726	436346	400710	(-8)	6203
2	Dengue sospechosos	181	147	1909	2697	(41)	42
3	Chikungunya	148	91	5575	3921	(-30)	61
4	Zika	153	60	-	5693	-	88
5	Diarrea y Gastroenteritis	5730	4615	87975	51378	(-42)	795
6	Parasitismo Intestinal	3484	3481	43083	33801	(-22)	523
7	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1337	1109	11897	11481	(-3)	178
8	Neumonías	708	687	7293	7065	(-3)	109
9	Hipertensión Arterial	458	365	5176	4600	(-11)	71
10	Mordido por animal trans. de rabia	321	341	4127	3498	(-15)	54
11	Diabetes Mellitus (PC)	284	208	3010	2384	(-21)	37

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 10- 2016

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 5,138 casos.
- Durante la semana 10 se notificó un total de 4,615 casos, que significa una reducción del -19% (-1,115 casos) respecto a lo reportado en la semana 9 (9,730 casos).
- Comparando casos acumulados de enfermedad diarreica aguda a la semana 10 del año 2016 (51,378 casos) con el mismo período del año 2015 (87,975 casos), se evidencia una disminución de un -42% (-36,597 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 832 casos en Cabañas y 23,757 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 23,757, La Libertad 6,698 y Santa Ana 3,324 casos.
- Del total de egresos por Diarrea, el 51% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (71%) seguido de los adultos mayores de 59 años (9%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 10			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	1,969	24	1.22
2015	4,047	7	0.17

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 15 de Marzo 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	5192	3030	576	227	640	540

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 10 -2016

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 40,071 casos.
- Durante la semana 10 se notificó 31,726 casos, -17% (-6,718 casos) menos que lo reportado en la semana 9 (38,444 casos).
- Comparando los casos de la semana 10 del año 2016 se ha notificado un total acumulado de 400,710 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2015 (436,346 casos) significan una disminución del -8% (-35,636 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 9,090 casos en Cabañas a 134,597 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 134,597, La Libertad 42,798 y Santa Ana 29,121.

Tasas de IRA 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
IRA	29019	18734	9542	2803	4828	4214

NEUMONIAS, EL SALVADOR, SE 10-2016

- El promedio semanal de neumonías es de 707 casos.
- Durante la semana 10 se ha reportado un total de 687 casos, lo que corresponde a una reducción del -3% (-21 casos) respecto a los notificados en la semana 9 (708 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 10 del año 2016 (7,065 casos) con el mismo período del año 2015 (7,293 casos) se observa una disminución de un -3% (-228 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 155 casos en Cabañas y 1,722 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 1,722, San Miguel 1,029 y Santa Ana 653 casos.
- Del total de egresos por neumonía, el 58% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (65%) seguido de los adultos mayores de 59 años (17%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 10			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	2,113	136	6.44
2015	2,300	109	4.74

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 15 de Marzo 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	1673	554	93	15	20	128

VIGILANCIA CENTINELA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS
EL SALVADOR, SE 10-2016

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus de influenza y otros virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 10, 2015 – 2016

Resultados de Laboratorio	2015	2016	SE 10-2016
	Acumulado SE 10		
Total de muestras respiratorias analizadas	321	392	40
Muestras positivas a virus respiratorios	64	36	2
Total de virus de influenza (A y B)	18	5	1
Influenza A (H1N1)pdm2009	2	3	0
Influenza A no sub-tipificado	1	2	1
Influenza A H3N2	14	0	0
Influenza B	1	0	0
Total de otros virus respiratorios identificados	47	31	1
Parainfluenza	10	13	0
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	31	8	0
Adenovirus	6	10	1
Positividad acumulada para virus respiratorios	20%	10%	5%
Positividad acumulada específica para Influenza	6%	1%	3%
Positividad acumulada específica para VSR	10%	2%	0%

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y VIRUS RESPIRATORIOS

Los datos de la Actualización Regional en línea: SE 8, 2016 de la OPS publicada el 9 de marzo 2016 reportan:

América del Norte: la mayoría de indicadores asociados a vigilancia de influenza continúan con tendencia creciente. En Canadá, México y los Estados Unidos predomina e incrementa influenza A(H1N1)pdm09, seguido de A(H3N2) principalmente en México. En México la actividad de IRA (infección respiratoria aguda) y neumonía se encuentra por encima de los niveles esperados para esta época del año.

Caribe: se ha reportado actividad baja de influenza y de otros virus respiratorios en la mayoría de los países, excepto en Jamaica, Puerto Rico y Surinam. En Jamaica, se observan niveles elevados de hospitalización asociados a influenza A(H1N1)pdm09. En Puerto Rico se reportó actividad alta de ETI (enfermedad tipo influenza) con tendencia decreciente de detecciones de A(H1N1)pdm09. En Surinam se detectó circulación activa de influenza A(H1N1)pdm09 en las últimas semanas, con un incremento del número de casos de IRAG (infección respiratoria aguda grave).

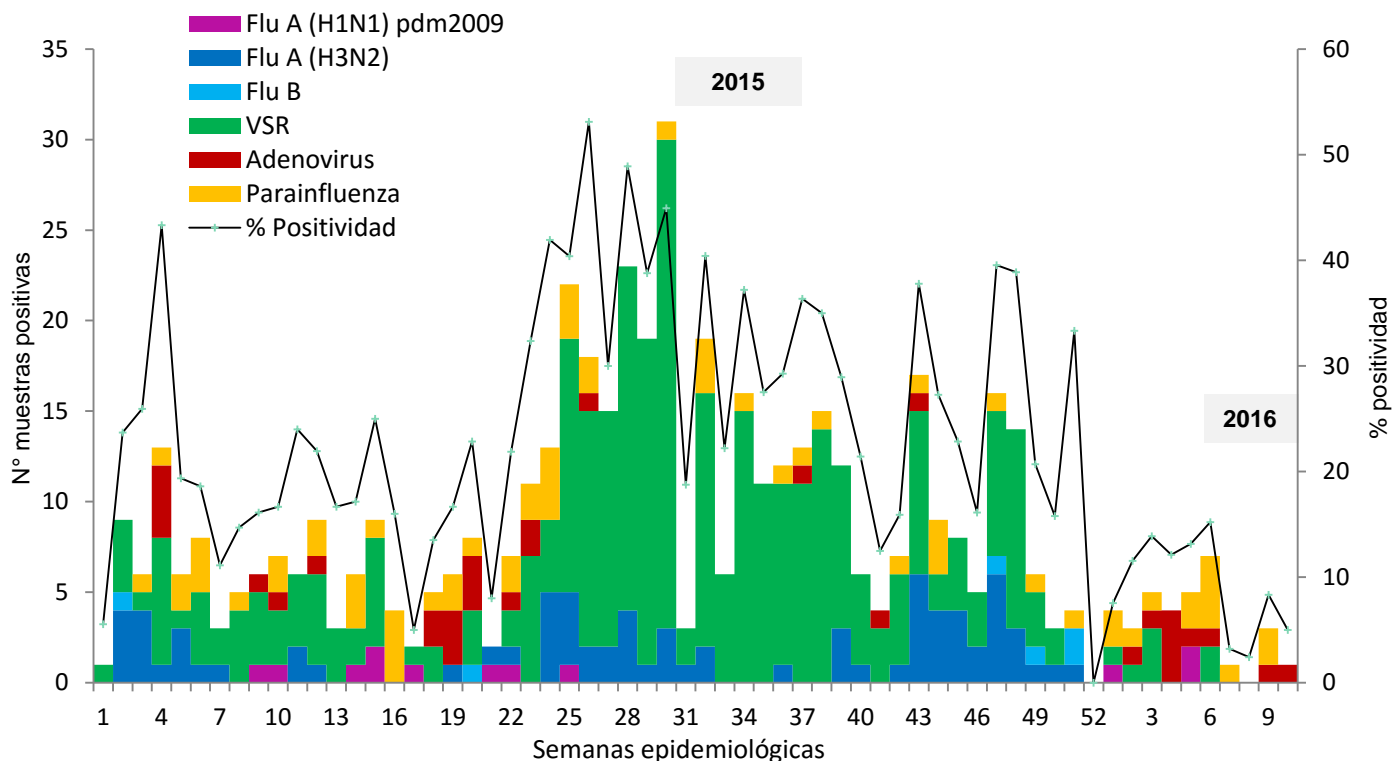
América Central: la actividad de influenza continúa baja o disminuyendo en esta subregión. Sobre otros virus respiratorios se observa circulación de virus sincicial respiratorio (VSR) en Costa Rica. La actividad de ETI e IRA/IRAG se mantiene baja o dentro de niveles esperados en todos los países que reportaron.

Sub-región Andina: se reportó actividad baja de influenza, con actividad de IRA/IRAG dentro de los niveles esperados. Excepto en Ecuador, donde se observó actividad alta de VSR, con ligero incremento de influenza en las últimas semanas, y con incremento en hospitalizaciones ligeramente por encima de lo esperado.

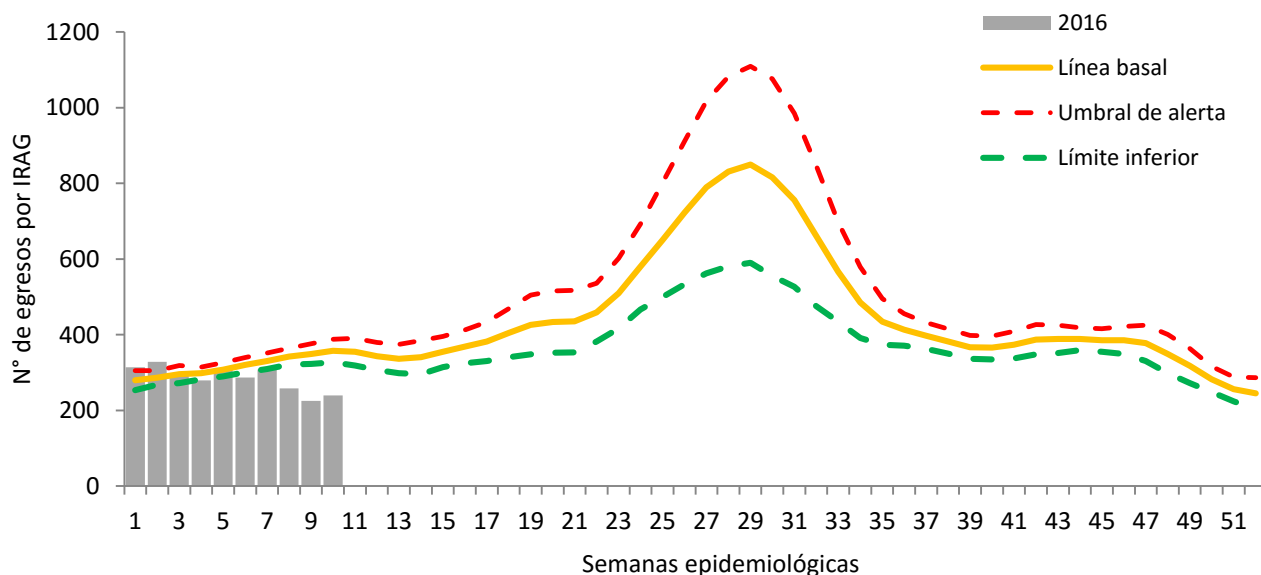
Brasil y Cono Sur: se reporta baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en general. La actividad de IRAG continúa baja y dentro de los niveles esperados, excepto en Argentina donde la actividad de IRAG incrementó por encima de lo esperado.

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

**Gráfico 1.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica
vigilancia centinela, El Salvador, 2015 – 2016**

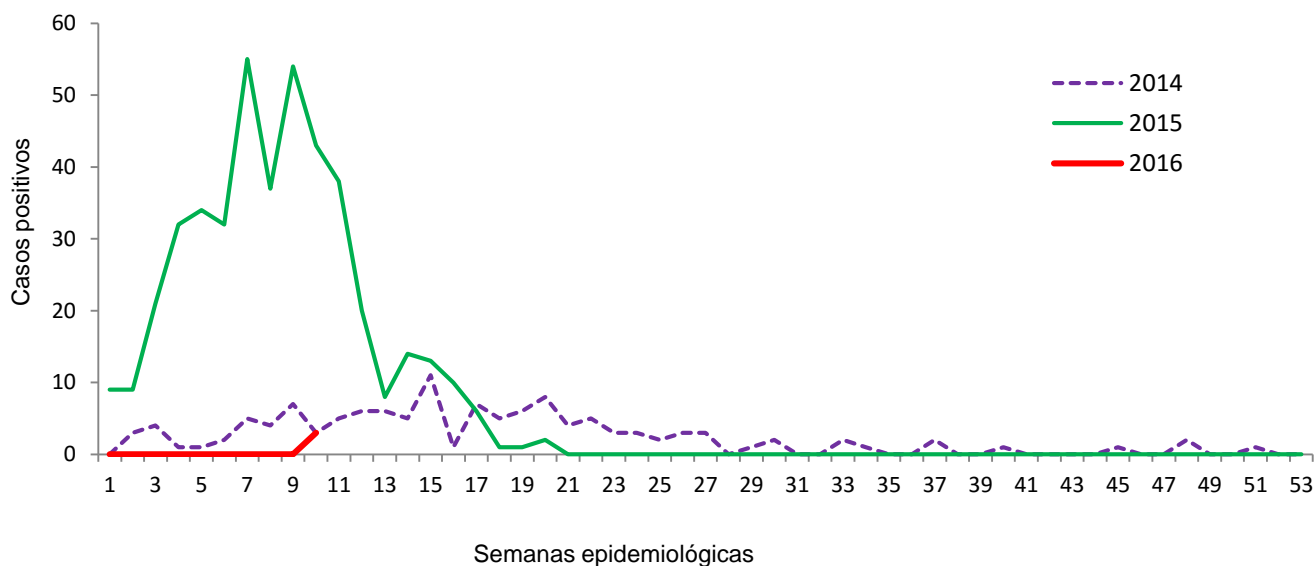


**Gráfico 2.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 10 – 2016**



VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 10, 2014 – 2016



Durante el año 2016, en el período de las semana epidemiológica 1 - 10 se ha notificado un total de 260 casos sospechosos de rotavirus y de estos resultaron 3 positivos, con una positividad acumulada de 1% lo cual se contrasta con lo observado en el mismo período de 2015 donde se tomó muestra a 653 sospechosos y de ellos 331 (51%) fueron positivos, lo que significa para este año una reducción de 50 puntos porcentuales en la positividad acumulada.

De los 3 casos confirmados a rotavirus esta semana, 2 proceden del área rural de Santa Ana y 1 del área urbana de La Libertad. Dos casos son masculinos y dos tienen esquema completo de vacunación. Los casos se encuentran entre las edades de 1 a 3 años.

11

MORTALIDAD MATERNA

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 14 de marzo 2016.

Del 01 de enero al 14 de marzo de 2016, de las muertes maternas notificadas se auditaron 8, de las cuales 75% (6) fueron clasificadas como de causa directa, 12.5% (1) indirecta y 12.5% (1) no relacionada.

De 7 muertes (directas e indirectas), 42.8% (3) ocurrieron en el grupo de edad de 20 a 29 años, 28.6% (2) de 10 a 19, 14.3% (1) de 30-39 y 14.3% (1) de 40-49 años de edad.

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

Muertes Maternas	2015	2016
Auditadas	13	8
Causa Directa	7	6
Causa Indirecta	3	1
Causa no relacionada	3	1

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

Base de datos muerte materna. (UAIM)

12

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en la Red de hospitales del Ministerio de Salud, 01 de enero al 14 de marzo de 2015-2016. (Se excluyen las muertes de otra nacionalidad).

Del 1 de enero al 14 de marzo de 2016, se notifican 183 muertes menores de 5 años, 14 muertes menos comparado con el mismo período del 2015 (197 muertes).

Hasta el 14 de marzo del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 84% (153/183), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (153), el 60% (92) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 71% (65) corresponde al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, el 83% (127) se concentra en 9 de los 14 departamentos: San Salvador (26), La Libertad (21), Santa Ana (18), San Miguel (18), Sonsonate (10), Usulután (10), Ahuachapán (8), Chalatenango (8) y La Unión (8),.

Entre las causas de muerte en el menor de 1 año se mencionan: malformaciones congénitas, prematuridad, asfixia, neumonía.