

Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico Semana 26 (del 25 de Junio al 01 de Julio de 2017)

CONTENIDO

1. Monografía: Influenza y Filtros Escolares.
2. Situación Epidemiológica de Zika
3. Situación epidemiológica de Dengue
4. Situación epidemiológica de CHIK
5. Resumen de eventos de notificación hasta SE 26/2017
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. Mortalidad materna
12. Mortalidad en menores de 5 años

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 26 del año 2017. Para la (elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1125 unidades notificadoras (89.0%) 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 74.7% 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.

Monografía: Influenza y filtros escolares

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda de origen viral que constituye un problema de salud pública. Se propaga rápidamente en forma de epidemias estacionales. En países tropicales como el nuestro 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 como virus estacionales A(H1N1)pdm09 y A(H3N2).

¿Cómo se transmite el virus de influenza?

- 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.

¿Cuáles son los síntomas de influenza?

La presentación clínica de la enfermedad varía mucho, puede ser asintomática, producir un síndrome gripal o incluso desarrollar una enfermedad grave que puede ocasionar la muerte, dependiendo de diversos factores propios del paciente.

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 co-infección.

¿Quiénes son los más afectados por influenza?

Las personas con mayor predisposición a sufrir complicaciones son niños menores de 2 años, adultos mayores de 60 años, embarazadas, personas con enfermedades crónicas como hipertensión arterial, diabetes mellitus, obesidad, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunosupresión, enfermedad renal crónica, entre otras.

¿Cómo se puede prevenir la influenza?

1. Lavado de manos frecuentemente, especialmente antes y después del contacto directo con personas enfermas, 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. En los ambientes educativos y laborales se debe activar el funcionamiento de los filtros para la prevención de brotes de enfermedad respiratoria aguda.

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.

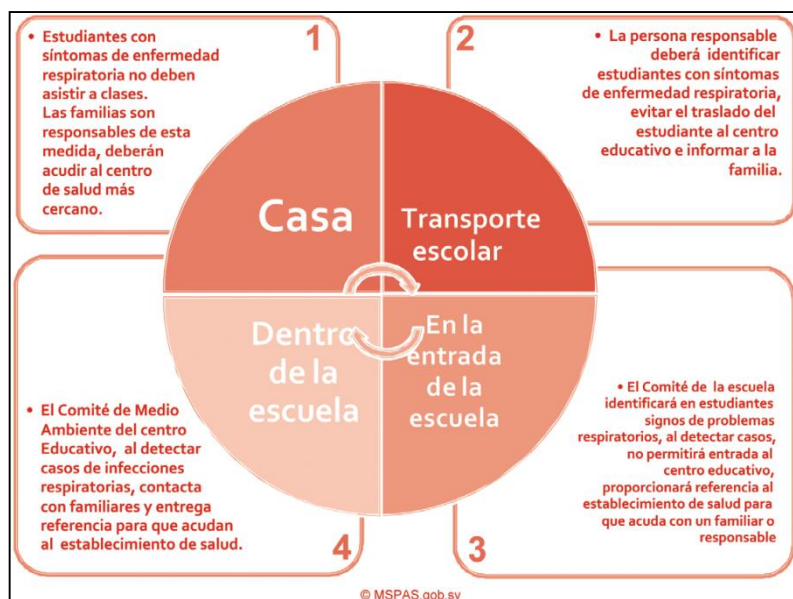
1. Primer filtro

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.

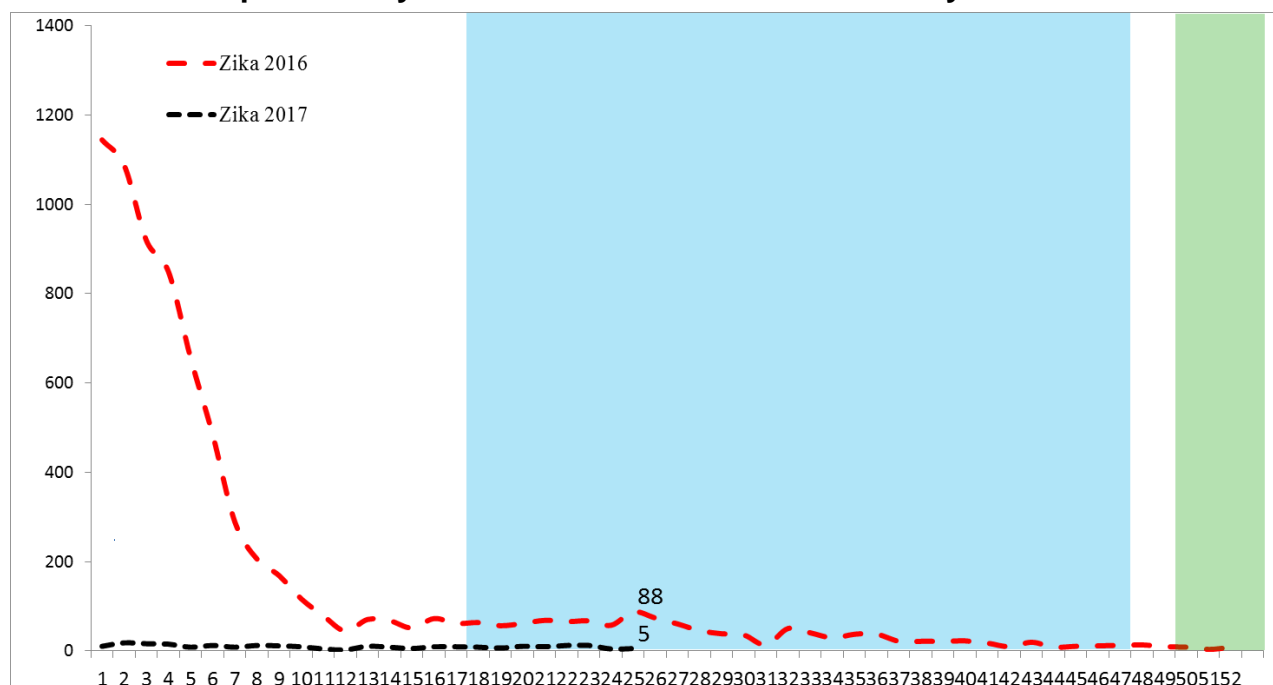
Es fundamental el uso de los formularios de identificación y referencia como mecanismo de coordinación, control y seguimiento de la atención de casos.

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

Casos sospechosos y confirmados de Zika SE 01-52 2016 y SE 01-26 de 2017



Casos sospechosos de Zika SE 26 de 2017

	Año 2016	Año 2017	Dif.	% de variación
Casos Zika (SE 1-26)	6,976	240	-6,736	-97%
Fallecidos (SE 1-26)	0	0	0	0%

Para la semana 26 de 2017, se tiene un acumulado de 240 casos sospechosos, lo cual significa una reducción notable (97%) en la tendencia de casos, respecto del año 2016 en el que para el mismo periodo se registró 6,976 sospechosos.

Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 26 de 2017

Grupos edad	Total general	Tasa
< 1	36	32
1-4	12	3
5-9	6	1
10-19	28	2
20-29	68	5
30-39	43	5
40-49	32	4
50-59	11	2
>60	4	1
Total general	240	4

Las tasas acumuladas durante las primeras semanas de 2017 reflejan un incremento en los menores de 1 año con una tasa de 32 casos por 100,000 menores de 1 año, seguido por el grupo de 20 a 29 años y el de 30 a 39 años.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Casos sospechosos de Zika por departamento y municipios SE 26 de 2017

Semanas	Total general	Tasa
Chalatenango	15	7.3
San Salvador	113	6.3
Cuscatlan	16	6.0
San Vicente	9	4.9
Santa Ana	19	3.2
Usulután	12	3.2
San Miguel	12	2.4
La Libertad	19	2.4
Cabañas	4	2.4
La Unión	4	1.5
Morazan	3	1.5
Sonsonate	7	1.4
La Paz	4	1.1
Ahuachapán	1	0.3
Guatemala	1	
Honduras	1	
Total general	240	3.7

La tasa nacional acumulada registra 3.5 casos por 100,000h. Las tasas más altas se registran en los departamentos de Chalatenango, San Salvador, Cuscatlán y San Vicente.

Casos y tasas de sospechosos de Zika en embarazadas SE 26 de 2017

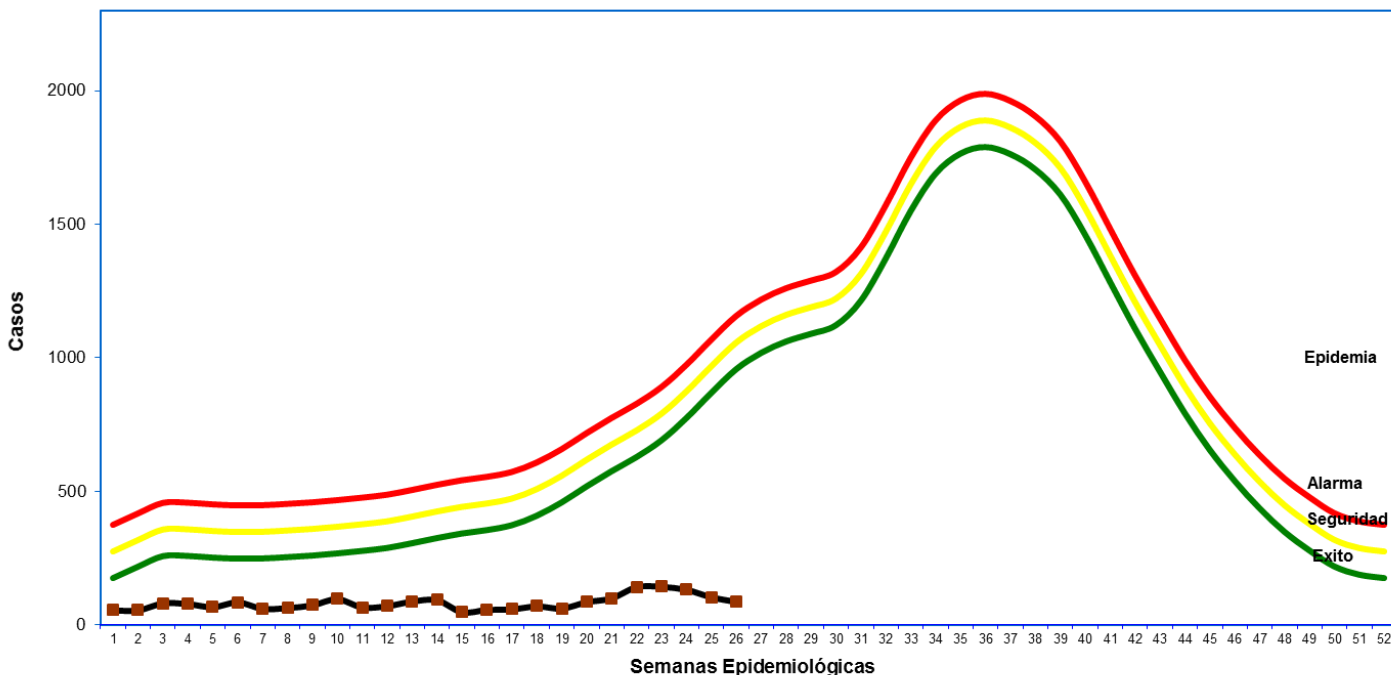
Departamentos	Total general	Tasa
Cabañas	3	1.8
Chalatenango	3	1.5
Cuscatlan	2	0.8
Usulután	2	0.5
San Salvador	9	0.5
San Miguel	2	0.4
La Paz	1	0.3
La Libertad	2	0.2
Santa Ana	1	0.2
Ahuachapán		0.0
Sonsonate		0.0
San Vicente		0.0
Morazan		0.0
La Unión		0.0
Guatemala		0.0
Total general	24	0.4

Hasta la semana 26 de 2017 se registran 24 mujeres embarazadas sospechosas de Zika. Desde la introducción de Zika en el país, 92% se encuentran en seguimiento, el resto no ha sido posible seguirlas debido a domicilios erróneos.

De las 19 mujeres embarazadas sospechosas de Zika durante 2017, 12 se encuentran en seguimiento, mismas que fueron muestreadas y sus resultados son negativos, **al resto no ha sido posible darles seguimiento por domicilios erróneos brindados.**

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Corredor epidémico de casos sospechosos de dengue, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE1-26 de 2017



Hasta la SE26 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 SE1-26 de 2016-2017 y porcentaje de variación

	Año 2016	Año 2017	Diferencia	% de variación
Casos probable D+DG (SE 1-24)	2	41	39	1950%
Hospitalizaciones (SE 1-26)	1050	410	-640	-61%
Casos confirmados D+DG (SE 1-25)	74	8	-66	-89%
Casos confirmados Dengue (SE 1-25)	68	8	-60	-88%
Casos confirmados DG (SE 1-25)	6	0	--	--
Fallecidos (SE 1-26)	1	0	--	--

Hasta la SE26 del presente año, se ha presentado una disminución de las hospitalizaciones del 61% (640 casos menos) en relación al año 2016. Hasta la SE25, se ha presentado una disminución de los casos confirmados del 89% (66 casos menos) en relación al año 2016. Se han presentado, hasta la SE24, 39 casos probables durante el 2017, lo que representa un aumento del 1950% en comparación al 2016.

Casos probables de dengue SE24 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE 25, por grupos de edad, 2017

Grupo de edad	Probables SE24	Confirmados SE25	Tasa x 100.000
<1 año	1	1	0.9
1-4 años	6	4	0.9
5-9 años	3	1	0.2
10-14 años	6	0	0.0
15-19 años	11	1	0.1
20-29 años	9	1	0.1
30-39 años	1	0	0.0
40-49 años	1	0	0.0
50-59 años	2	0	0.0
>60 años	1	0	0.0
	41	8	0.1

Hasta la SE25, los casos confirmados son 8. Las tasas mas altas por 100.000 habitantes por grupo de edad fueron: Tanto en menor de 1 año como de 1 a 4 años una tasa de 0.9, de 5 a 9 años con una tasa de 0,2. La tasa nacional es de 0.1

Casos probables de dengue SE24 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE25, por departamento, 2017

Departamento	Probables SE24	Confirmados SE25	Tasa x 100.000
Santa Ana	10	4	0.7
San Vicente	1	1	0.5
La Paz	1	1	0.3
San Salvador	15	2	0.1
Ahuachapán	2	0	0.0
Sonsonate	1	0	0.0
Chalatenango	0	0	0.0
La Libertad	4	0	0.0
Cuscatlán	1	0	0.0
Cabañas	0	0	0.0
Usulután	3	0	0.0
San Miguel	2	0	0.0
Morazan	0	0	0.0
La Unión	0	0	0.0
Otros países	1	0	
	40	8	0.1

Hasta la SE25, las tasas mas altas por 100,000 habitantes por departamentos son: Santa Ana con una tasa de 0.7, San Vicente 0.5 con una tasa y La Paz con una tasa de 0.3.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Resultados de muestras de casos sospechosos de dengue, SE 1-26 2017

Tipo	Pos	Neg	SE26	%pos	Pos	Neg	SE1-26	%pos
PCR	0	0	0	0.0	0	26	26	0.0
NS1	0	10	10	0.0	8	249	257	3.1
IGM	0	3*	12	0.0	41	317	367	11.2
Total	0	13	22	0.0	49	592	650	7.5

* 9 pruebas pendientes

El total de las muestras procesadas hasta la SE26 fueron 650, con una positividad del 7,5% (49 muestras). Las muestras procesadas en la SE26 fueron 13, todas negativas. 9 pendientes de procesar.

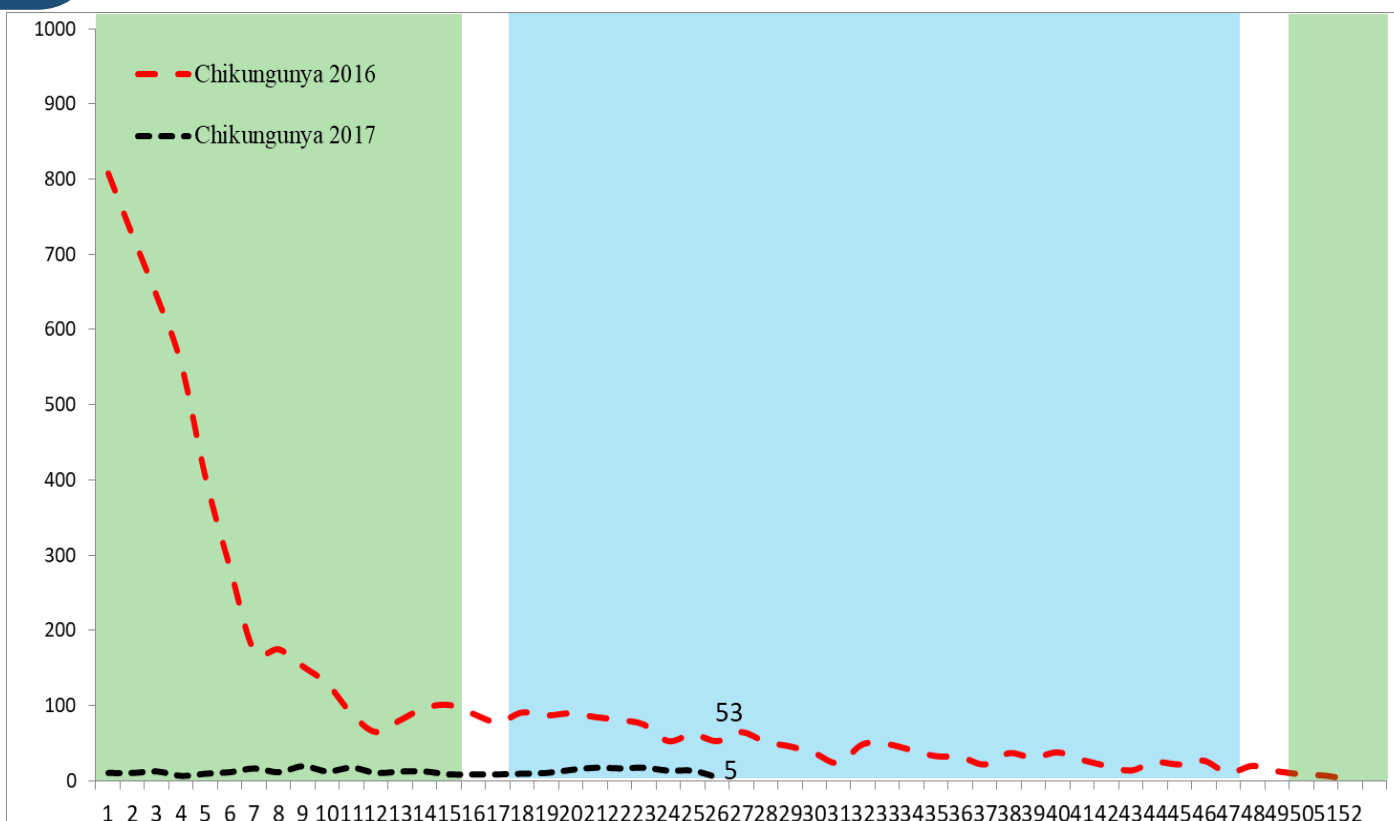
Hasta la SE26 se procesaron 26 muestras con PCR, todas negativas. En SE26 no se procesaron muestras.

La positividad de las muestras procesadas de NS1 hasta la SE26 fue 3.1% (8). Para la SE26 se procesaron 10 muestras, todas negativas.

La positividad de muestras procesadas de IgM hasta la SE26 fue 11.2% (41). Para la SE26 se han procesado 3 muestras, todas negativas.

4

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2016, SE 1-26 de 2017



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 1-26 de 2016-2017

	Acumulado		Diferencia	% de variación
	Año 2016	Año 2017		
Casos Chikungunya (SE 01-26)	5317	330	-4987	-94%
Hospitalizaciones (SE 01-26)	159	16	-143	-90%
Fallecidos (SE 01-26)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-26 de 2017

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	36	18
San Vicente	22	12
Santa Ana	54	9
Cuscatlán	13	5
San Salvador	86	5
Usulután	18	5
San Miguel	22	4
Ahuachapán	15	4
Morazán	7	3
La Libertad	25	3
Sonsonate	13	3
Cabañas	4	2
La Unión	6	2
La Paz	8	2
Guatemala	1	
Honduras		
Total general	330	5

En el porcentaje acumulado hasta la SE26 del 2017, 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 2016, se ha experimentando una importante reducción porcentual de 94% de casos sospechosos y de 90% de hospitalizaciones.

Los departamentos que presentan las mayores tasas por 100,000 habitantes son: Chalatenango, San Vicente, Santa Ana y Cuscatlán (igual o superior del promedio 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 1-26 de 2017

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	24	22
1-4 años	32	7
5-9 años	19	3
10-19 años	51	4
20-29 años	82	6
30-39 años	61	7
40-49 años	35	5
50-59 años	13	2
>60 años	13	2
Total general	330	5

De acuerdo con los grupos de edad, los menores de un año son los mas afectados, mostrando las tasas más altas x 100,000 habitantes: 22; de 1 a 4 años: 7; 5 a 9 años: 3. La tasa promedio nacional es de 5

Índices larvarios SE 26 – 2017, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	25
Usulután	18
Chalatenango	17
La Paz	14
La Unión	12
San Miguel	11
Cuscatlan	11
San Vicente	10
Sonsonate	10
Cabañas	9
Ahuachapán	8
Morazán	8
Santa Ana	7
La Libertad	6
Nacional	12

Depósitos	Porcentaje
Útiles	75
Inservibles	21
Naturales	1
Llantas	3

Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y zika SE 26 – 2017

- ❖ 53,018 viviendas visitadas, inspeccionando 49,887 (94.09%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos de zancudos, Población beneficiada 267,848 personas.
- ❖ Entre las medidas observadas y realizadas, se encontró que 6,137 depósitos tienen como medida de control larvario peces de un total de 195,318 criaderos inspeccionados, equivalente a un 3.14%.
- ❖ En 24,658 viviendas se utilizó 1,991 Kg. de larvicida granulado al 1%; y 13,971 aplicaciones de fumigación a viviendas.
- ❖ 83 Controles de foco realizados.
- ❖ 1,300 Áreas colectivas tratadas y 161 fumigadas.

Actividades de promoción y educación para la salud

- ❖ 11,568 charlas impartidas, 134 horas de perifoneo.
- ❖ 2,127 material educativo distribuido (Hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso Humano participante 1880

- ❖ 74 % Ministerio de Salud.
- ❖ 10 % Ministerio de Educación y Centros Educativos
- ❖ 3 % Alcaldías Municipales.
- ❖ 13 % personal de diferentes instituciones públicas, privadas y comunitarias.

No	Evento	Semanas		Acumulado	Acumulado	(%)	Tasa por
		<u>Epidemiológicas</u>				Diferencial	100000.0
		25	26			2016	2017
1	Infección Respiratoria Aguda	73,152	52,338	1,110,584	1,131,492	(2)	17514
2	Dengue sospechosos	104	87	6,071	2,126	(-65)	33
3	Chikungunya	14	5	5,317	330	(-94)	5
4	Zika	8	4	6,976	240	(-97)	4
5	Paludismo Confirmado	0	0	6	3	(-50)	0
6	Diarrea y Gastroenteritis	9,555	8,186	170,009	213,684	(26)	3308
7	Parasitismo Intestinal	3,695	3,609	98,339	92,443	(-6)	1431
8	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1,133	1,146	36,737	31,623	(-14)	489
9	Neumonías	1,382	1,180	22,048	18,706	(-15)	290
10	Hipertensión Arterial	437	397	11,400	11,900	(4)	184
11	Mordido por animal trans. de rabia	377	373	9,940	10,354	(4)	160
12	Diabetes Mellitus (PC)	302	272	6,565	7,316	(11)	113

Enfermedad Diarreica Aguda, EL Salvador, SE 26- 2017

- Durante la semana 26 se notificó un total de 8,186 casos, que significa una reducción del -26%
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 25 del año 2017 (203,966 casos) con el mismo período del año 2016 (160,340 casos), se evidencia un incremento de un 27% (43,626 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 4,600 casos en Cabañas y 91,289 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 91,289, La Libertad 25,896 y Santa Ana 15,013 casos.
- Del total de egresos por Diarrea, el 52% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (75%) seguido de los adultos mayores de 59 años (5%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 26			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2017	9,318	27	0.28
2016	7,602	60	0.78

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 4 de julio 2017, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Tasas de EDA por grupo de edad

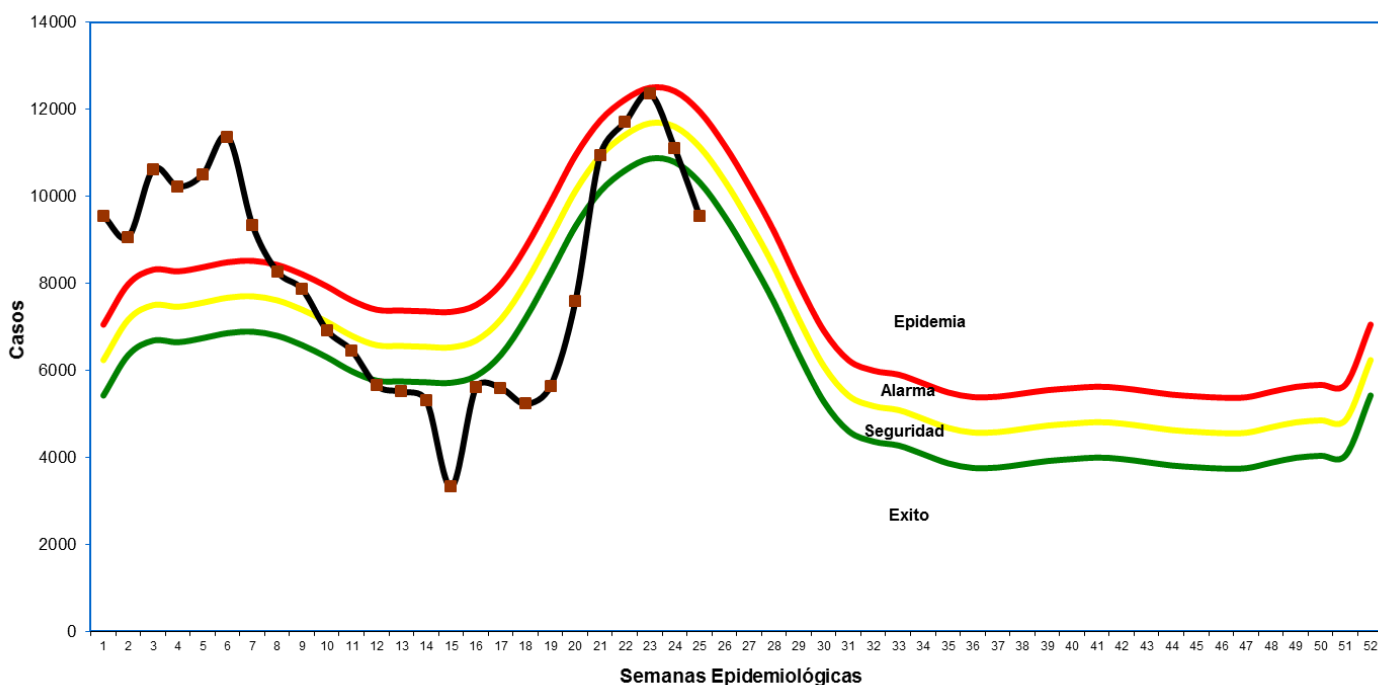
Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Diarrea y gastroenteritis	15932	12078	2945	1037	2859	2120

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de EDAS, SE26 de 2017

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	20230	18176.26
1-4 años	58686	13136.50
5-9 años	17420	3070.65
10-19 años	13734	1058.83
20-29 años	32578	2504.99
30-39 años	24628	2795.20
40-49 años	19254	2687.79
50-59 años	12805	2399.55
>60 años	14349	1971.29
Total general	213684	3246.52

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
San Salvador	91,289	5110.16
La Libertad	25,896	3221.72
Chalatenango	6,440	3142.35
Usulután	11,152	2974.54
Cabañas	4,600	2745.24
San Vicente	4,897	2659.58
Cuscatlán	6,889	2587.59
San Miguel	12,794	2559.22
Santa Ana	15,013	2547.75
La Paz	8,412	2320.13
Morazán	4,688	2300.83
Sonsonate	11,390	2248.59
La Unión	5,385	2006.11
Ahuachapán	4,839	1331.32
Total general	213,684	3,247

Corredor epidémico de casos de diarreas, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE26 de 2017



7

Infección Respiratoria Aguda, El Salvador SE 26 – 2017

- Comparando el número de casos acumulados a la semana 26 del año 2017 se ha notificado un total acumulado de 1,131,492 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2016 (1,110,584 casos) significando una diferencia del 2%.
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 23,435 casos en Cabañas a 402,940 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 402,940, La Libertad 112,276 y San Miguel 84,194.

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	68011	49962	27147	8382	14376	12098

- Comparando el número de casos acumulados a la semana 26 del año 2017 (18,706 casos) con el mismo período del año 2016 (22,048 casos) se observa una reducción de un -15% .
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 449 casos en Cuscatlán y 4,391 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 4,391, San Miguel 2,993 y Usulután 1,757 casos.
- Del total de egresos por neumonía, el 52% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (64%) seguido de los adultos mayores de 59 años (20%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 26			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2017	7,183	411	5.72
2016	8,120	464	5.71

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 4 de julio 2017, 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	3918	1350	205	41	62	516

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

Los datos de la última Actualización Regional en línea: SE 24, 2017 de la OPS publicada el 28 de junio reportan:

América del Norte: en general, la actividad de influenza y de otros virus respiratorios ha disminuido en América del Norte. Influenza B continuó predominando en la región, pero con detecciones bajas reportadas. En México, se ha reportado contados casos de IRAG positivos para influenza y la actividad permanece a niveles inter-estacionales.

Caribe: se ha notificado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en la mayor parte de la sub-región. En Cuba y en Jamaica, la actividad permaneció similar a los niveles observados en las temporadas anteriores.

América Central: la mayoría de los indicadores epidemiológicos se mantienen bajos o en disminución, y se ha reportado actividad baja de influenza. En El Salvador, la actividad de influenza aumentó ligeramente en semanas recientes con predominio de influenza A(H3N2), y los casos de IRAG aumentaron por debajo de los niveles observados en la temporada anterior.

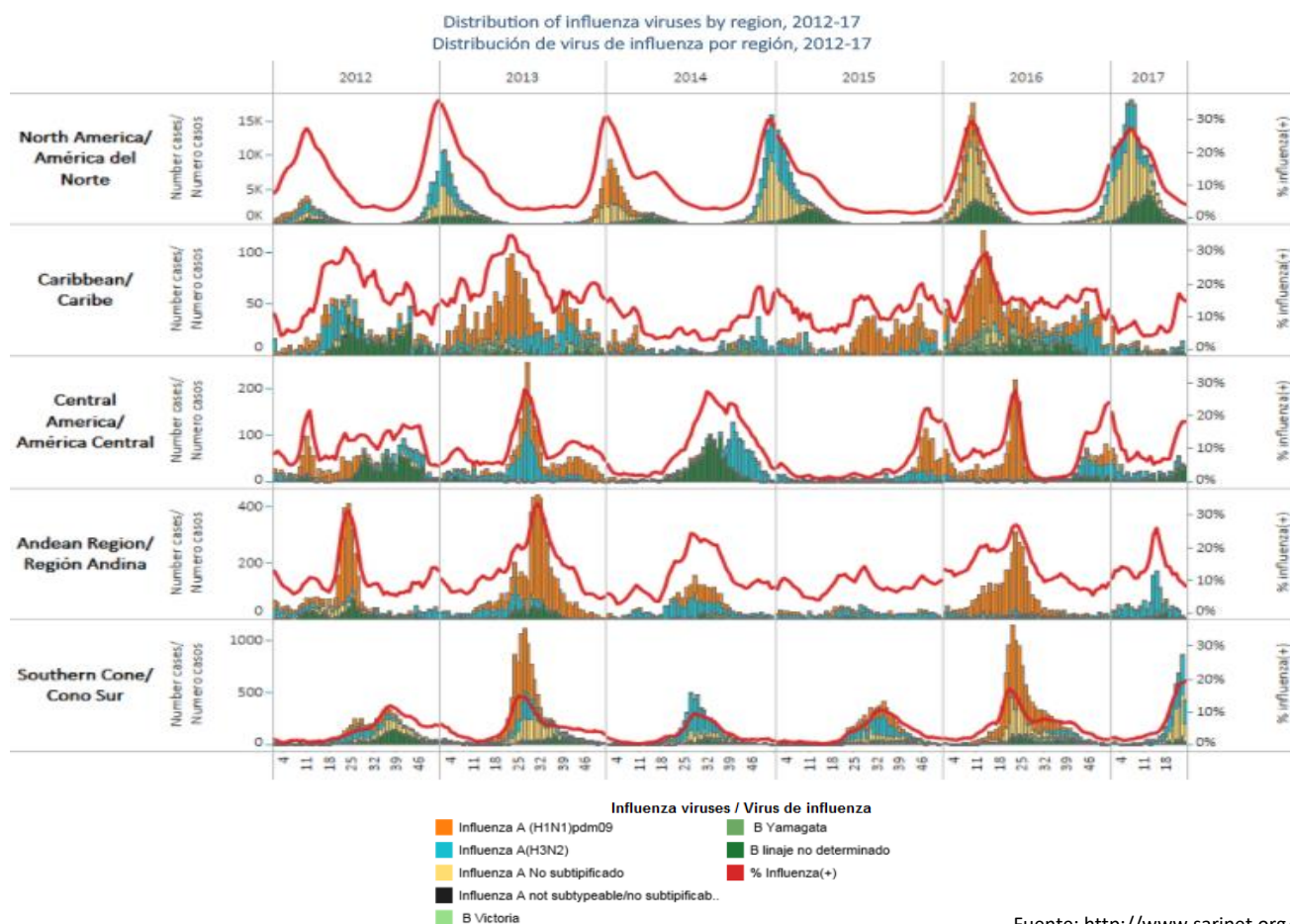
Sub-región Andina: en general, la actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja. La actividad elevada de VSR y hospitalizaciones asociadas a IRAG con circulación de influenza A(H3N2) continuaron en Colombia. En Bolivia, se notificó mayor actividad de influenza, con co-circulación de influenza A(H3N2) y B; la actividad de IRAG se halló por debajo del umbral estacional.

Brasil y Cono Sur: los niveles de influenza y VSR reflejaron una tendencia al aumento, a niveles estacionales, en toda la sub-región. En Brasil, los casos acumulados de IRAG y fallecidos durante la SE 24 fueron mayores a los niveles en 2015 – 2016; y la mayoría de los casos de IRAG se reportaron en la región suroeste. En Argentina, Chile, Paraguay y Uruguay, la actividad de ETI y de IRAG aumentaron sobre el umbral de alerta, con predominio de influenza A(H3N2) en semanas recientes.

Nivel global: en la zona templada del hemisferio sur, la actividad de influenza continuó en aumento y se ubicó por encima de los niveles del umbral estacional en Sudamérica pero permaneció bajo en general en Oceanía. La actividad de influenza en la zona templada del hemisferio norte continuó en disminución. En todo el mundo, co-circularon los virus de influenza A(H3N2) y B.

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



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

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EL SALVADOR, SE 26 – 2017

**Gráfico 1.- Circulación de virus de influenza por semana epidemiológica
Vigilancia centinela, El Salvador, 2012 – 2017**

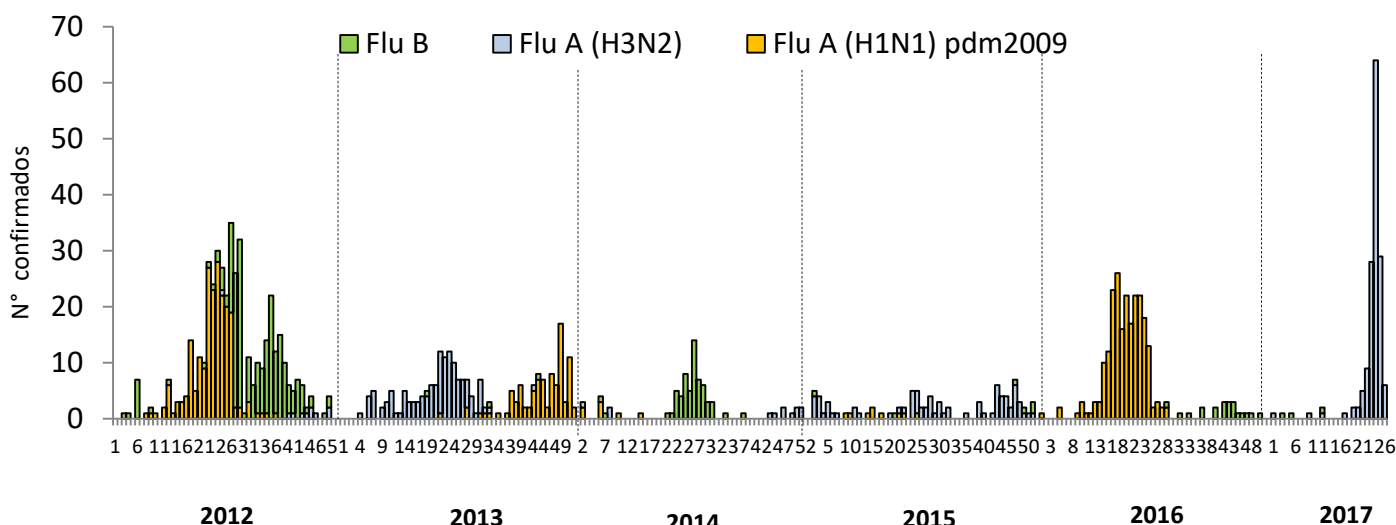


Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 26, 2016 – 2017

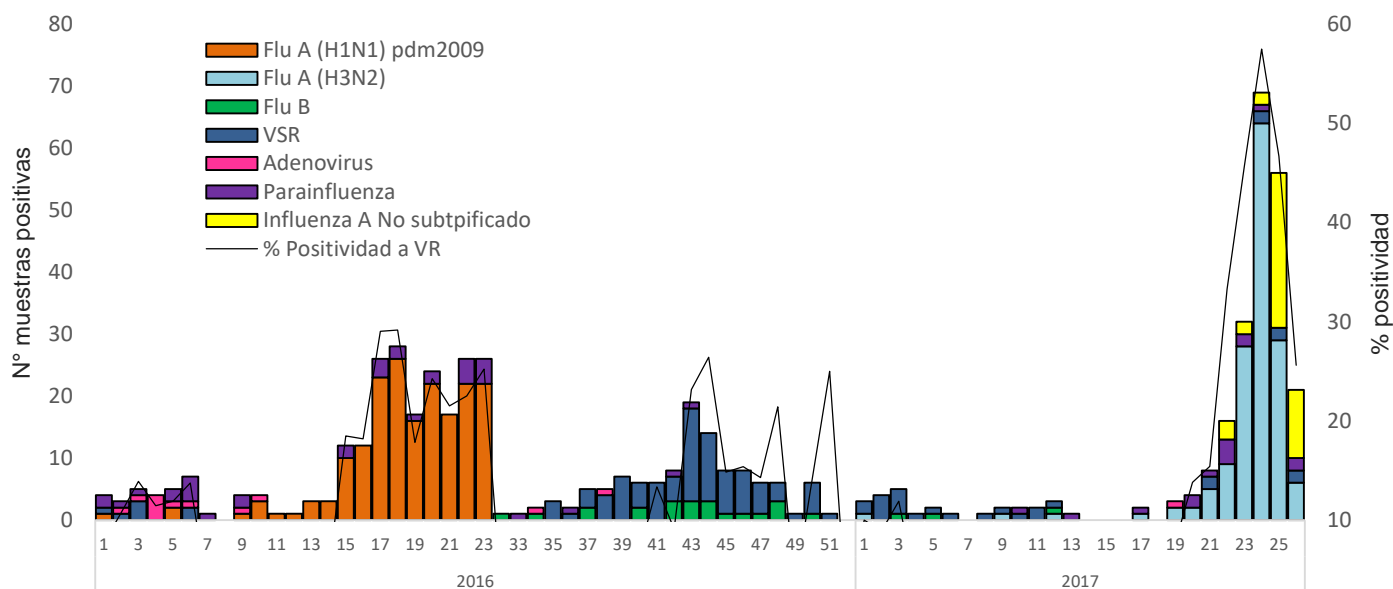
Resultados de Laboratorio	2016	2017	SE 26 2017
	Acumulado SE 26		
Total de muestras analizadas	1,697	1,188	82
Muestras positivas a virus respiratorios	273	238	21
Total de virus de influenza (A y B)	223	195	17
Influenza A (H1N1)pdm2009	218	0	0
Influenza A no sub-tipificado	5	43	11
Influenza A H3N2	0	149	6
Influenza B	0	3	0
Total de otros virus respiratorios	50	43	4
Parainfluenza	33	15	2
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	7	27	2
Adenovirus	10	1	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	16%	20%	26%
Positividad acumulada para Influenza	13%	16%	21%
Positividad acumulada para VSR	0.4%	2%	2%

Durante la semana 26 continúa la circulación de virus de influenza A(H3N2) ocasionando cuadros de enfermedad tipo influenza (ETI) y de infección respiratoria aguda grave (IRAG). Se espera que durante las próximas semanas se mantenga la circulación de influenza de acuerdo a la estacionalidad del virus. Se identifica además presencia de virus sincicial respiratorio (VSR) y parainfluenza II y III en cuadros de IRAG principalmente.

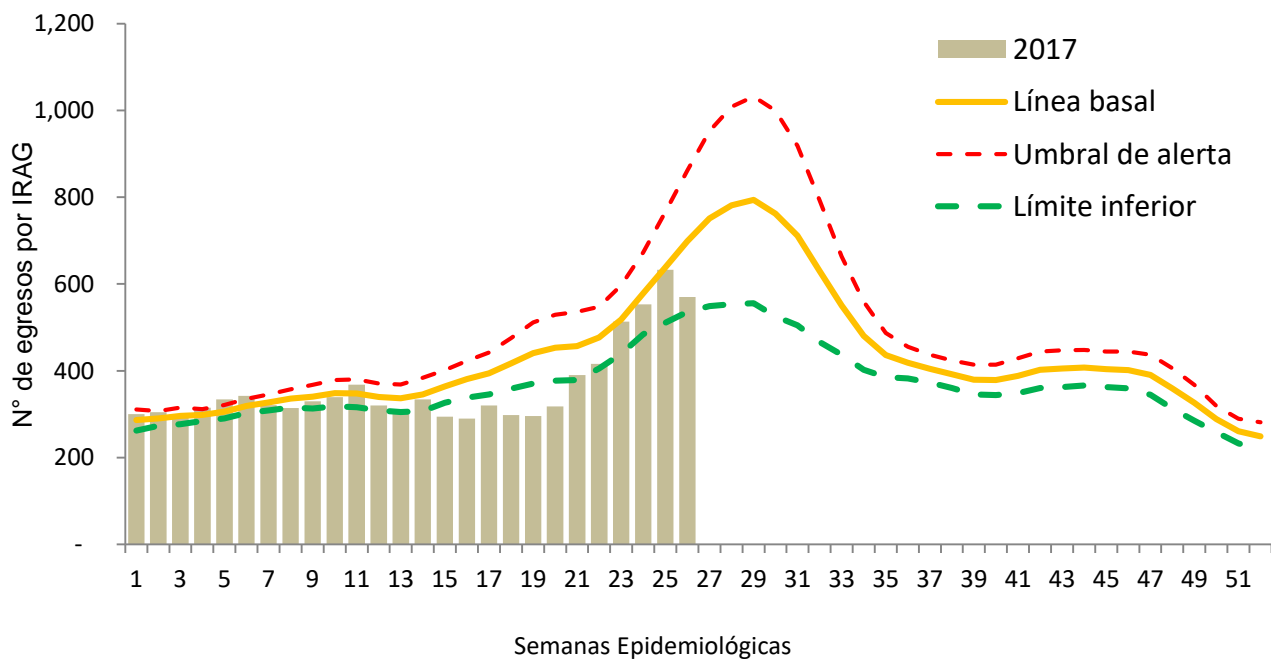
La positividad acumulada para virus respiratorios es mayor que lo observado el año pasado durante el mismo período; hasta la semana epidemiológica 26-2017 la positividad a influenza es 16%, mayor a la de 2016 (13%).

Fuente: VIGEPES

**Gráfico 2.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica
vigilancia centinela, El Salvador, 2016 – 2017**

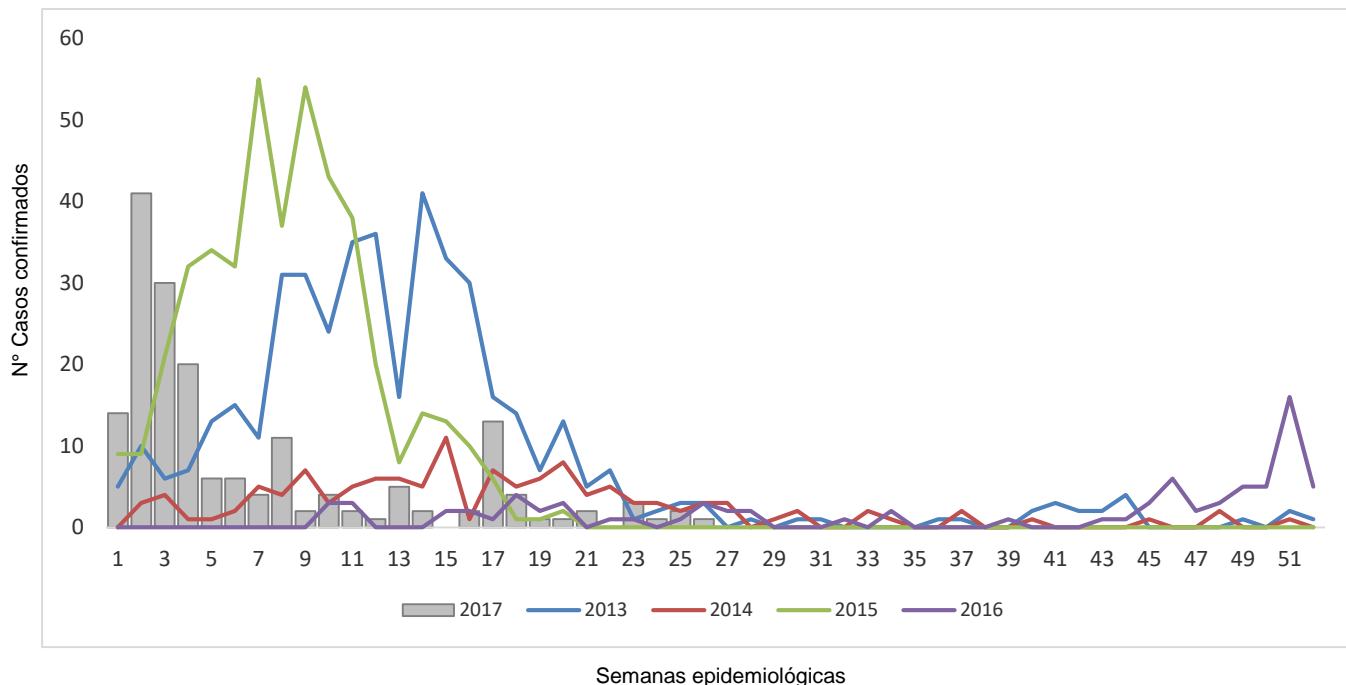


**Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 26 – 2017**



VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 26, 2013 – 2017



- Durante el año 2017, en el período de la semanas epidemiológicas 1 – 26 se ha notificado un total de 1,931 casos sospechosos de rotavirus y de estos se ha procesado 930 muestras, de las cuales han resultado 178 positivos, con una proporción de positividad de 19%, lo que contrasta con lo observado hasta la misma semana de 2016, donde se tomó muestra a 1,021 sospechosos y de ellos 27 fueron casos confirmados (3% de positividad).
- En la semana 26 se captaron 52 muestras de casos sospechosos y 1 fue confirmado: identificándose en Hospital Nacional Santa Teresa de Zacatecoluca, un masculino de 24 meses de edad en quien no se registra información de vacunación.

11

Mortalidad materna

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 03 de julio 2017.

Del 01 de enero al 03 de julio de 2017, de las muertes maternas notificadas se auditaron 21, de las cuales 33.3% (7) fueron clasificadas como de causa directa, 33.3% (7) indirecta y 33.3% (7) no relacionada.

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

Las muertes maternas directas e indirectas, proceden de los departamentos de: Ahuachapán (2), San Salvador (2), La Paz (2), La Unión (2), Santa Ana (1), Chalatenango (1), Cuscatlán (1), Usulután (1), San Miguel (1) y Morazán (1).

Muertes Maternas	2016	2017
Auditadas	22	21
Causa Directa	12	7
Causa Indirecta	5	7
Causa no relacionada	5	7

Fuente: Sistema de Morbi-Mortalidad (SIMMOW)/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 03 de julio de 2016 - 2017. (Se excluyen las muertes de otra nacionalidad).

Del 01 de enero al 03 de julio 2017, se notifican 413 muertes menores de 5 años, 168 muertes menos comparado con el mismo período del 2016 (581 muertes).

Hasta el 03 de julio del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 87% (361/413), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (361), el 60% (216) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 81% (174) corresponde al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, 88% (319) se concentra en 10 de los 14 departamentos: San Salvador (71), Santa Ana (46), Ahuachapán (38), La Libertad (34), San Miguel (28), Sonsonate (28), La Paz (23), Cabañas (18), Usulután (17) y La Unión (16).

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