



REPÚBLICA DE EL SALVADOR EN LA AMÉRICA CENTRAL

MINISTERIO DE SALUD  
GOBIERNO DE

EL SALVADOR  
UNÁMONOS PARA CRECER

# República de El Salvador

## Ministerio de Salud

### Dirección de Vigilancia Sanitaria

#### Boletín Epidemiológico Semana 12 (del 19 al 25 de Marzo del 2017)

#### CONTENIDO

1. Monografía: El enfoque de Riesgo y la Determinación Social de la Salud
2. Situación Epidemiológica de Zika
3. Situación epidemiológica de Dengue
4. Situación epidemiológica de CHIK
5. Resumen de eventos de notificación hasta SE 12/2017
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 12 del año 2017. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1136 unidades notificadoras (90.4%) 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 75.0 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.

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..

## Sobre el enfoque de Riesgo

### Origen

En los procesos de producción de conocimiento, las explicaciones sobre las relaciones entre fenómenos pueden brindar una idea clara sobre relaciones temporales, geográficas, asociaciones o incluso sobre la causalidad de una sobre la otra; no obstante y con mucha frecuencia es necesario adentrarse en los dominios de incertidumbre o de la probabilidad de ocurrencia de eventos no previstos. De un modo general, las afirmaciones basadas en probabilidades son dependientes de las contingencias que están fuera del control de los prestadores de salud, en sus intentos de especificar causas y efectos. De esta manera, las intenciones de prevención comienzan a depender de definiciones con variadas dosis de incertidumbre. Una de ellas es la del objeto incierto denominado "riesgo"<sup>1</sup>.

Riesgo es un vocablo que en cuanto a sus orígenes en el idioma portugués: puede provenir directamente del bajo latín riscu, risicu, como del español risco: peñasco escarpado<sup>2</sup>. En la segunda acepción indica la propia idea de peligro y por otro la posibilidad de ocurrencia.

El concepto epidemiológico de riesgo surge a inicios del siglo XX y puede ser identificado en un estudio publicado en 1921 sobre mortalidad materna conducido por William Howard, profesor de Biometría de la Escuela de Higiene y Salud Pública de la Johns Hopkins University, en el primer número del American Journal of Hygiene (que posteriormente se transformaría en el American Journal of Epidemiology). En ese artículo, el concepto ya se presenta con un asombroso grado de formalización matemática, expresado en términos de proporciones entre el número de afectados y el número de expuestos<sup>3</sup>.

### Riesgo y sus usos.

El riesgo es un concepto que requiere la identificación y evaluación de sus múltiples perspectivas dada su unidimensionalidad (capacidad de aplicarse a un solo proceso causa-efecto):

- a. Riesgo como peligro latente u oculto usado en el discurso popular y común.
- b. Riesgo individual como concepto práctico de causalidad de una enfermedad (aplicación clínica).
- c. Riesgo poblacional como concepto epidemiológico de probabilidad de exposición y ocurrencia.
- d. Riesgo estructural en los campos de la gestión de salud ambiental y ocupacional

### Riesgo y Salud Pública.

Desde esta perspectiva para definir el riesgo, se requiere diagnosticar las amenazas así como la vulnerabilidad de los habitantes expuestos. Para ello se han desarrollado diversas metodologías y herramientas pero debido a que no existen criterios comúnmente aceptados y reconocidos para este

<sup>1</sup> A partir de Almeida Filho Naomar, Luis David, Ayres José Ricardo. Riesgo: concepto básico de la epidemiología. [Internet]. 2009 Dic [citado 2017 Mar 28] ; 5( 3 ): 323-344. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-82652009000300003&lng=es).

<sup>2</sup> Douglas M. Risk acceptability according to the social sciences. Londres: Routledge and Kegan Paul; 1986.

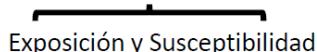
<sup>3</sup> Howard Jr. WT. The real risk-rate of death of mothers from causes connected with childbirth. American Journal of Hygiene. 1921;1(2):197-233

tipo de evaluación, muchas de ellas tienden a dar resultados diferentes y/o parciales, dependiendo de los criterios utilizados y de la importancia y los valores que se les asigna<sup>4</sup>.

Entre estas, existe el sistema de indicadores de riesgo de desastre y de gestión de riesgos, que mediante un método cuantitativo, intenta dimensionar la amenaza, la vulnerabilidad y el riesgo, para facilitar a los tomadores de decisiones a tener acceso a información relevante que les permita identificar y proponer acciones efectivas de la gestión del riesgo:

### Modelo de Gestión de Riesgos<sup>5</sup>

$$\text{Riesgo} = \text{Amenaza} * \text{Vulnerabilidad}$$



**Amenaza**<sup>6</sup>: es un fenómeno, sustancia, actividad humana del individuo o condición peligrosa\* que puede ocasionar la muerte, lesiones u otros impactos a la salud, al igual que daños a la propiedad, la pérdida de medios de sustento y de servicios, trastornos sociales y económicos, o daños ambientales.

**Vulnerabilidad**: son las características y las circunstancias del individuo\*, la comunidad, sistema o bien que los hacen susceptibles a los efectos dañinos de una amenaza.

**Exposición**: es la condición de desventaja del individuo\*, objeto o sistema expuesto al riesgo debido a su ubicación, posición o localización.

**Susceptibilidad**: es el grado de fragilidad interna del individuo\*, objeto o sistema para enfrentar una amenaza y recibir un posible impacto debido a la ocurrencia de un evento adverso.

Ejemplo de un proceso de aplicación del enfoque de riesgo en salud<sup>7</sup>.

AMENAZAS	FACTORES DE VULNERABILIDAD	RIESGOS EN SALUD INFANTIL
Hidrocarburos poliaromáticos y otros químicos del humo de leña y de la quema de basura	Educación materna limitada	Salud mental
DDT residual por ser zona malárica	Bajo nivel escolar en la zona	Infecciones respiratorias
Manganese proveniente de una zona minera y plomo del barro vidriado que emplean algunas familias	Desnutrición	Asma
Temperatura extrema y huracanes relacionados con cambio climático	Hachamiento	Diarréas
Límitado acceso al agua potable y fecalismo al aire libre	Alcoholismo y violencia familiar	Violencia adolescente
Presencia de basura electrónica (radios, televisores, celulares, etc.; allegados por migrantes)	Pobreza, marginación y desempleo	Migración
	Atención médica deficiente	
	Eplotación no controlada de los recursos naturales	

<sup>4</sup> Centro de Conocimiento de Gestión de Riesgos en Salud Pública y Desastres. Disponible en: [http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=130&Itemid=653&lang=es](http://www.saludydesastres.info/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=130&Itemid=653&lang=es)

<sup>5</sup> UNISDR, Terminología sobre Reducción de Riesgo de Desastres 2009 para los conceptos de Amenaza, vulnerabilidad y riesgo.

<sup>6</sup> Centro Internacional de Investigaciones para el Fenómeno del Niño. Disponible en: [http://www.ciifen.org/index.php?option=com\\_content&view=category&layout=blog&id=84&Itemid=336&lang=es](http://www.ciifen.org/index.php?option=com_content&view=category&layout=blog&id=84&Itemid=336&lang=es)

<sup>7</sup> LatinaCossío Torres Patricia, Domínguez Cortinas Gabriela, Hernández Cruz María T, Morales Villegas Raúl, Van Brussel Evelyn, Díaz-Barriga Martínez Fernando. CHICOS y PIBES, propuestas innovadoras para la atención de la salud ambiental infantil en América Latina. Acta toxicol. argent. [Internet]. 2011 Jun [citado 2017 Mar 28]; 19(1): 5-15. Disponible en: [http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1851-37432011000100001&lng=es](http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-37432011000100001&lng=es).

Es importante aclarar que hasta hoy la teoría del riesgo enfatiza el carácter “antrópico” (como se señala con los asteriscos colocados en cada definición) de la vulnerabilidad lo cual refleja una responsabilización del individuo por su exposición y susceptibilidad, por otro lado, el carácter de la amenaza es de tipo “natural” aunque este último es también crecientemente antrópico.

El enfoque de riesgo por ello actúa especialmente sobre la vulnerabilidad, marginando los otros elementos de la causalidad y la determinación social de las mismas. El ejemplo más claro de esto es el cambio climático y su relación con la temporada de huracanes y los fenómenos de “el niño” y “la niña”.

## Sobre Determinación Social de la Salud<sup>8</sup>

### Origen

La Determinación Social de la Salud (DSS) fue propuesta en 1976 en el seno del movimiento por las reformas sanitarias, la medicina social y la salud colectiva de América Latina y enriquecida desde entonces con una nutrida producción científica plasmada en múltiples documentos y publicaciones.

La determinación social se planteó en Latinoamérica, como categoría de análisis indispensable para trabajar la realidad en sus diversas dimensiones, una respuesta del pensamiento crítico al reduccionismo del pensamiento empírico analítico que ha mirado la salud únicamente desde el plano de los factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican o se ocultan. Por ello, se propuso la determinación social para devolver al fenómeno salud su carácter complejo y multidimensional, abarcando los procesos estructurales que lo conforman y explican, la base histórica de cómo pensamos a la salud y de los fundamentos de cómo construimos las prácticas (praxis). Esta perspectiva sirvió y viene sirviendo de base para las Reformas sanitarias progresivas en varios países de América Latina.

En cada período histórico se han hecho visibles y han cobrado relevancia distintos procesos críticos de la realidad que han marcado las líneas de investigación, enseñanza y praxis que han venido a confluir y a consolidar el planteamiento sobre la determinación social. En estos períodos han tenido también su contraparte histórica y han condicionado la respuesta social en salud que en términos generales ha reaccionado a la enfermedad y ha limitado a la salud pública y sus ramas afines como la epidemiología a una contabilización unicausal de los enfermos y los muertos, limitando igualmente sus intervenciones a medicamentos y a tecnologías sanitarias de alto costo y complejidad limitantes a acciones eminentemente asistenciales. En épocas anteriores se hizo evidente la necesidad de confrontar la profunda injusticia social de clase en el acceso a los bienes y servicios de los programas de salud; en décadas posteriores se añadió la necesidad de asumir los problemas de la justicia de género y étnica; y en los últimos años de una acelerada y agresiva economía de mercado, con una acumulación de riqueza y exclusión social sin precedentes, se ha tornado igualmente evidente la más profunda crisis de la reproducción de la naturaleza y la justicia ambiental. La incapacidad de las alternativas planteadas para resolver los “problemas del desarrollo” la industrialización, los modelos desarrollistas, la mundialización del mercado y el comercio, la armamentización y las guerras, una concentración sin precedente del poder y la riqueza han conducido a la humanidad y al planeta a una crisis sin precedentes.

<sup>8</sup> El debate y la acción frente a los determinantes sociales de la salud. saúde em Debate, Rio de Janeiro, v. 35, n. 90, p. 487-492, Jul/sep. 2011

## Determinación Social de la Salud y Salud Colectiva

La Determinación social de la salud es un modelo teórico que ayuda al personal sanitario a considerar la urgente necesidad de pasar de una lucha por las prestaciones y derechos más inmediatos de la salud individual (que sin embargo siguen siendo vitales) a un trabajo más amplio pero necesario por los derechos integrales humanos y de la vida que se extienden necesariamente al entorno y al equilibrio con otras formas de vida. En esa medida se asumen como principios fundamentales de cuyo cumplimiento integral depende la determinación social de la salud:

- La sustentabilidad soberana de la producción de los bienes de los que dependen la vida
- La vigencia de relaciones sociales solidarias
- La bioseguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos como el agua, el aire y los alimentos.
- El estudio a profundidad del metabolismo entre la sociedad y la naturaleza (construcción dialéctica del proceso salud-enfermedad).

Un cambio tan profundo no puede darse sin un cambio del modelo civilizatorio excluyente, depredador e individualista que se ha impuesto, sin poner límites a la expansión monopólica y peligrosa de la economía de gran escala, sin proteger a las pequeñas y medianas economías, y sin establecer una nueva arquitectura social y financiera que premie las actividades que otorgan preeminencia a la vida, mientras sancionan las que las dañan o limitan.

Resulta necesario en consecuencia alinear las expectativas de salud con todos aquellos cambios en los modelos políticos de los estados nacionales y subnacionales que prioricen los intereses de toda la población antes que los intereses del capital y del mercado.

### Principales cuellos de botella para el pensamiento y la acción desde un enfoque de DSS.

La gran capacidad transformadora del enfoque de DSS ha encontrado en su desarrollo, una serie de obstáculos o deformaciones que, de continuar, pueden debilitar su fuerza originaria. Conviene señalar algunos de ellos para diferenciar posiciones, evitar errores y optimizar los logros de este enfoque y estas prácticas al servicio del mayor bienestar y vivir de la humanidad.

#### **La premisa de que el actual modelo dominante de sociedad es el único o definitivo.**

Esta premisa está generalmente implícita detrás del discurso del enfoque de riesgo y los determinantes sociales de la salud, y buscan actuar sobre los niveles más inmediatos de determinación (sobre determinantes superficiales, aislados o proximales) dejando incuestionado el modelo mismo. No se llega así a la verdadera determinación o “causas de las causas” y todas las acciones derivadas se orientan a mejorar el modelo dominante o a hacer menos visibles o graves sus efectos negativos sobre las formas de vivir, enfermar y morir.

Esto se refleja en los objetivos planteados a la humanidad, que con base en los llamados ODM y los ODS que pretenden cubrir brechas a los grupos sociales y a los países dejando incólume al modelo de desarrollo, reforzando (ficticiamente) en el pensamiento colectivo la posibilidad de alcanzarlo, aun y cuando esto signifique la inviabilidad de la especie humana y en general las formas conocidas de vida en el planeta, pues los recursos materiales y naturales para que “todos” pudiéramos ser desarrollados –bajo el modelo de producción actual- exceden la capacidad de nuestro planeta.

### **El poder en la sociedad.**

En la actualidad los sujetos con poder son generalmente entidades e instancias del orden económico y político regional, nacional y trasnacional, en cuyas manos se ha concentrado progresiva y aceleradamente. Resulta ingenuo, cuando no cómplice del poder establecido, asumir que todos somos sujetos reales de igual poder. No es posible una acción de fondo frente la determinación de la vida y la salud de la población, sin promover y reconocer a las fuerzas sociales y comunitarias organizadas, su poder real y su consiguiente capacidad decisoria en políticas y acciones; de otra forma, la democracia y la ciudadanía carecen de sentido y la participación social se limita a formalidades, reduciéndola a su utilización instrumental en programas y acciones decididos por otros.

### **Las nuevas estrategias del mercado.**

Viviendo en la dinámica actual sería impensable que a los agentes económicos se les escaparan los territorios de la salud, la enfermedad y la muerte como campos válidos para la reproducción del capital y la acumulación de ganancias consiguientes. De hecho, en muchos países, el abandono, el debilitamiento y la ineficacia deliberadamente provocada de los servicios públicos es una condición obligada para el aparecimiento y fortalecimiento de los servicios privados, lo que paralelamente abre las puertas para el aseguramiento ante los riesgos de enfermar a la medida de la capacidad individual de pago, haciendo de la prestación de servicios en caso de requerirlos un próspero y gigantesco negocio (cobertura y acceso universal de salud a través de seguros de vida y de riesgos profesionales).

Inclusive, ante las propuestas de sistemas basados en la atención primaria y la promoción de la salud, desvirtúan y vacían de su contenido emancipador estos conceptos, limitando el primero a paquetes preventivistas o de atenciones minimalistas y el segundo a estilos de vida o conductas saludables. Y por su parte las multinacionales de alimentos y las de medicamentos siguen afinando sus estrategias para hacerlas no sólo coherentes, sino de vanguardia en las propuestas para la vida sana, para bajar de peso, para enfrentar las epidemias nuevas o reemergentes, para dormir mejor, para todo lo que parezca afín al bienestar y a vivir mejor, con una fuerte tendencia a la medicalización de la vida.

## **Enfoque de riesgos Vs Determinación social de la salud**

El choque entre ambos modelos, así como la versión moderna del enfoque de riesgo (Determinantes sociales de la Salud) ha producido una crisis en la epidemiología y salud pública concretamente en Latinoamérica, en el contexto del surgimiento de la Salud Colectiva, como movimiento alternativo y la epidemiología crítica como su herramienta emancipatoria frente a una salud pública hegemónica caracterizada por una visión preventivista limitada a factores de riesgo<sup>9,10</sup>.

Así mismo se reafirma que la salud colectiva tiene que enfrentarse a un objeto de alto grado de complejidad como lo constituye el proceso salud-enfermedad el cual no puede abordarse solo de manera tan simplificada como lo hace el enfoque de riesgo que tiene un alcance muy limitado en cuanto a la “causalidad social”. El cuestionamiento de la DSS es reconocer la “politicidad” de la salud

<sup>9</sup> Iriart C, Waitzkin H, et al. Medicina social latinoamericana: aportes y desafíos, Rev Panam Salud Publica 2002; 12(2): 128-130.

<sup>10</sup> Ayres JR. Elementos Históricos e filosóficos para a Crítica da epidemiología, Rev. Saúde Pública 1993; 27(2): 135-44.

colectiva y su vocación de discurso contra-hegemónico frente a una Salud Pública convencional que califica como institucional, estatal, para la cual la comunidad es solo generadora pasiva de datos.

La prevención de riesgos tiene ambivalencias éticas, que según juicios eventualmente imponderables, pueden implicar medidas de intervenciones urgentes en los que, el principio de prevención o precaución puede ser manipulado de acuerdo a las circunstancias y en base a los intereses en juego<sup>11</sup>:

Un ejemplo de ello, es la prohibición de algunos agroquímicos y no el abandono y recambio a una agricultura orgánica y la supresión masiva e intensiva de monocultivos como la caña y la soya, el financiamiento de los programas sociales dando un nuevo carácter al extrativismo pero manteniendo e incluso intensificando este con sus efectos fatales sobre las personas y su entorno. Otro ejemplo clásico entre estos modelos se plantea cuando se analiza una comunidad que vive en la ladera de una colina



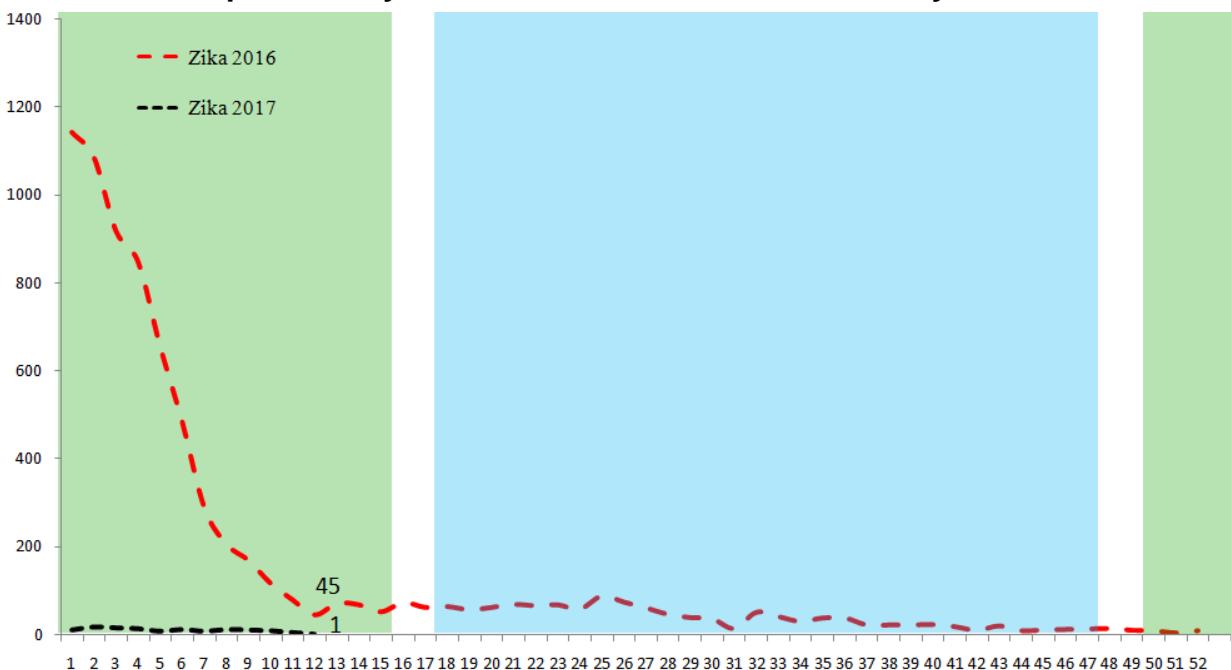
Imagen disponible en: <http://www2.ual.es/RedURBS/BlogURBS/vivienda-en-laderas-parte-2/#prettyPhoto/0/>

Enfoque de Riesgo	Determinación Social de la Salud
Brindan un enfoque meramente descriptivo, sin movilización social	Estimula a un análisis de causas estructurales y devela los vicios del modelo de desarrollo
Identifica como riesgo la ladera y el hecho de que esté allí ubicada una comunidad	Busca las causas que obligaron a esta comunidad a vivir de esta manera, para buscar equidad social
No aborda la causa de la inequidad, valiéndose de modelos estadísticos la describe en términos de tiempo, lugar y persona.	Analiza las injusticias sociales que se traducen en inequidades sanitarias las cuales se originan por la acumulación inequitativa de riquezas y el poder
Se identifican como estilos de vida riesgosos: las condiciones insalubres, malos sistemas de saneamiento ambiental, la precariedad de las viviendas y la falta de educación de la población	No considera como un "estilo de vida elegido", vivir en estas condiciones. Vinculando el contexto social, histórico, cultural y étnico de la población en cuestión.
Las expresiones de esta mala forma de vida (enfermedad y muerte) se deben abordar con mayor acceso a servicios de salud, atenciones preventivas como charlas educativas y medicamentos y tecnologías sanitarias brindadas a través de paquetes básicos de salud	Su abordaje incluye la organización comunitaria, el desarrollo de liderazgo comunitario, la creación de espacios de participación, la intersectorialidad, el derecho humano a la salud y la garantía de cobertura y acceso universal a salud de sistemas públicos, capitalizados por impuestos generales, sin copagos y gratuitos para la población.

<sup>11</sup> Innerarity D. La sociedad invisible. Madrid: Espasa Calpe; 2004

# Situación epidemiológica de zika

## Casos sospechosos y confirmados de Zika SE 01-52 2016 y SE 01-12 de 2017



## Casos sospechosos de Zika SE 12 de 2017

	Año 2016	Año 2017	Dif.	% de variación
Casos Zika (SE 1-12)	6044	125	-5919	-98%
Fallecidos (SE 1-12)	0	0	0	0%

Para la semana 12 de 2017, se tiene un acumulado de 125 casos sospechosos, lo cual significa una reducción notable (98%) en la tendencia de casos, respecto del año 2016 en el que para el mismo periodo se registró 6,044 sospechosos.

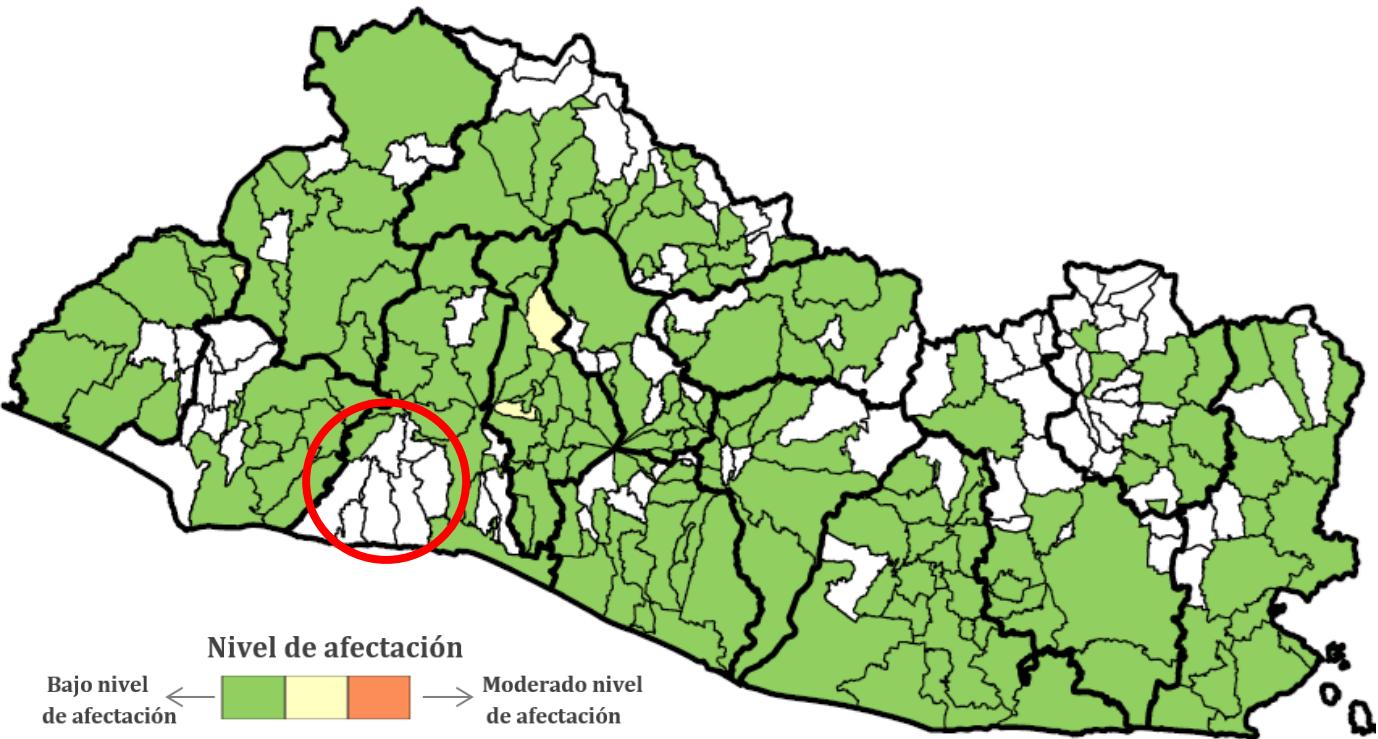
## Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 12 de 2017

Grupos edad	Total general	Tasa
< 1	16	14.4
1-4	5	1.1
5-9	3	0.5
10-19	18	1.4
20-29	38	2.9
30-39	23	2.6
40-49	13	1.8
50-59	7	1.3
>60	2	0.3
<b>Total general</b>	<b>125</b>	<b>1.9</b>

Las tasas acumuladas durante las primeras semanas de 2017 reflejan un incremento en los menores de 1 año con una tasa de 14,4 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

Nueva estratificación de municipios en base a criterios epidemiológicos y entomológicos, El Salvador febrero 2017.



Nivel de alerta	No.
Municipios con afectación grave	0
Municipios con afectación moderada	3
Municipios con afectación leve	161
Municipios sin afectación	98

### 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.
- **ACTUALMENTE HAY 3 MUNICIPIOS con afectación moderada: El refugio (departamento de Ahuachapán), Guazapa y Mejicanos (departamento de San Salvador).**
- Hay 161 municipios a nivel nacional con niveles de afectación leve y 98 cuyos niveles tan bajos la incidencia de casos los excluye de cualquier tipo de alerta.
- Todos los municipios de la Región Central, Paracentral y Oriental de Salud 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 12 de 2017

Departamento	Total general	Tasa
Chalatenango	9	4.4
San Vicente	8	4.3
Cuscatlan	10	3.8
San Salvador	55	3.1
Usulután	8	2.1
Santa Ana	12	2.0
San Miguel	8	1.6
La Libertad	9	1.1
Morazán	1	0.5
Sonsonate	2	0.4
La Unión	1	0.4
Ahuachapán	1	0.3
La Paz	0	0.0
Cabañas	0	0.0
Guatemala	1	
Honduras	0	
<b>Total general</b>	<b>125</b>	<b>1.9</b>

La tasa nacional acumulada registra 1.9 casos por 100,000h. Las tasas más altas se registran en los departamentos de Chalatenango, San Vicente, Cuscatlán y San Salvador.

## Casos y tasas de sospechosos de Zika en embarazadas SE 12 de 2017

Departamentos	Total general	Tasa
Chalatenango	3	1.5
Cuscatlan	2	0.8
Usulután	2	0.5
San Miguel	2	0.4
Santa Ana	1	0.2
San Salvador	3	0.2
La Libertad	1	0.1
Ahuachapán		0.0
Sonsonate		0.0
La Paz		0.0
Cabañas		0.0
San Vicente		0.0
Morazán		0.0
La Unión		0.0
Guatemala		
<b>Total general</b>	<b>14</b>	<b>0.2</b>

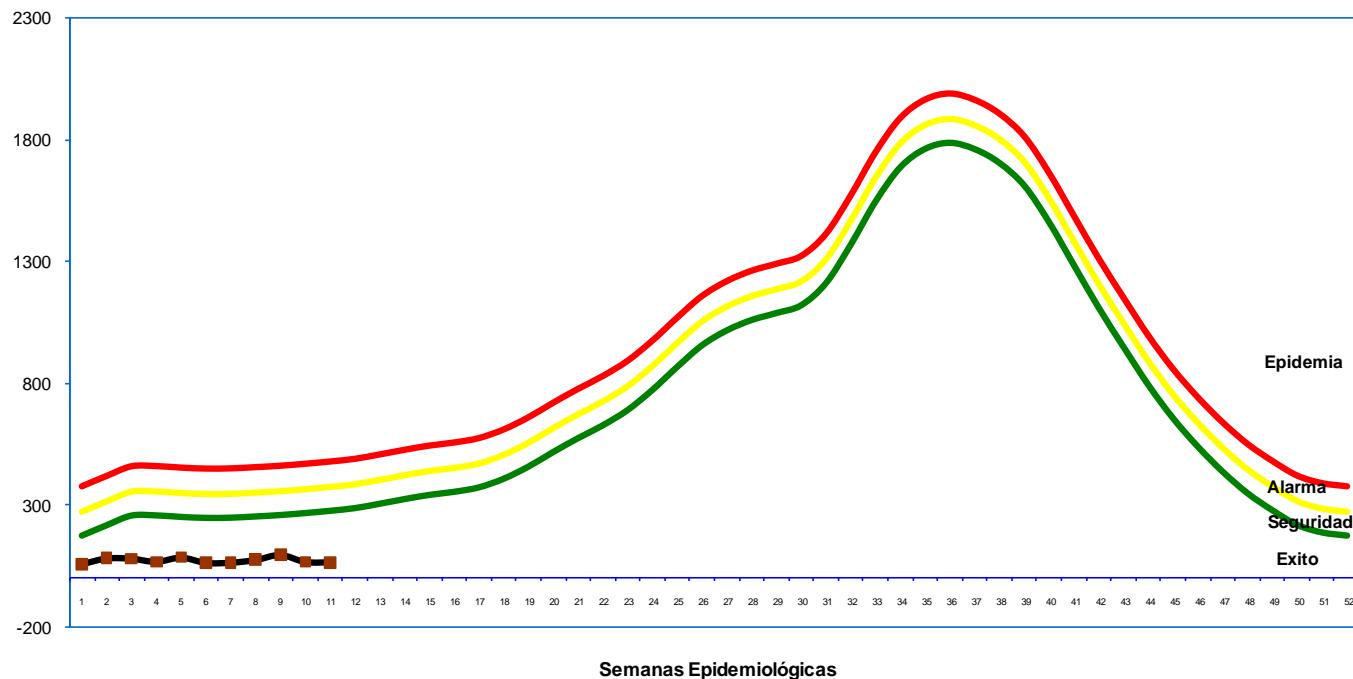
Hasta la semana 12 de 2017 se registran 14 mujeres embarazadas sospechosas de zika. Desde la introducción de Zika en el país 91% se encuentran en seguimiento, el resto no ha sido posible seguirlas debido a domicilios erróneos.

### Por vigilancia laboratorial hasta la SE 9 de 2017 (actualización mensual)

De las 10 mujeres embarazadas sospechosas de Zika durante 2017, 6 se encuentran en seguimiento, de las cuales 4 han sido muestreadas y sus resultados son negativos.

## SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Corredor epidémico de casos sospechosos de dengue, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE1-12 de 2017



Hasta la SE12 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 SE1-12 de 2016-2017 y porcentaje de variación

	Año 2016	Año 2017	Diferencia	% de variación
Casos probable D+DG (SE 1-10)	2	23	21	1050%
Hospitalizaciones (SE 1-12)	521	153	-368	-71%
Casos confirmados D+DG (SE 1-11)	54	7	-47	-87%
Casos confirmados Dengue (SE 1-11)	51	7	-44	-86%
Casos confirmados DG (SE 1-11)	3	0	--	--
Fallecidos (SE 1-12)	1	0	--	--

Hasta la SE12 del presente año, se ha presentado una disminución de las hospitalizaciones del 71% (368 casos menos) en relación al año 2016. Hasta la SE11, se ha presentado una disminución de los casos confirmados del 87% (47 casos menos) en relación al año 2016. Se han presentado, hasta la SE10, 23 casos probables durante el 2017, lo que representa un aumento del 1050% en comparación al 2016.

## Casos probables de dengue SE10 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE11, por grupos de edad, 2017

Grupo de edad	Probables SE10	Confirmados SE11	Tasa x 100.000
<1 año	1	1	0.9
1-4 años	5	3	0.7
5-9 años	0	1	0.2
10-14 años	3	0	0.0
15-19 años	6	1	0.1
20-29 años	5	1	0.1
30-39 años	1	0	0.0
40-49 años	1	0	0.0
50-59 años	1	0	0.0
>60 años	0	0	0.0
<b>23</b>	<b>7</b>	<b>0.1</b>	

Hasta la SE11, los casos confirmados son 7. Las tasas mas altas por 100.000 habitantes por grupo de edad fueron: En menor de 1 año una tasa de 0.9, de 1 a 4 años para una tasa de 0.7, de 5 a 9 años con una tasa de 0.2. La tasa nacional es de 0.1

## Casos probables de dengue SE10 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE11, por departamento, 2017

Departamento	Probables SE10	Confirmados SE11	Tasa x 100.000
San Vicente	0	1	0.5
Santa Ana	1	3	0.5
La Paz	1	1	0.3
San Salvador	11	2	0.1
Ahuachapan	2	0	0.0
Sonsonate	1	0	0.0
Chalatenango	0	0	0.0
La Libertad	2	0	0.0
Cuscatlan	0	0	0.0
Cabañas	0	0	0.0
Usulutan	3	0	0.0
San Miguel	2	0	0.0
Morazan	0	0	0.0
La Union	0	0	0.0
Otros países	0	0	0.0
<b>23</b>	<b>7</b>	<b>0.1</b>	

Hasta la SE11, las tasas mas altas por 100,000 habitantes por departamentos son: San Vicente y Santa Ana con una tasa de 0.5 cada uno y La Paz con una tasa de 0.3.

\* Esta tasa excluye los extranjeros.

## Resultados de muestras de casos sospechosos de dengue, SE 1-12 2017

Tipo	SE12				SE1-12			
	Neg	Pos	%pos		Neg	Pos	%pos	
PCR	0	0	0	0	16	16	0	0
NS1	17	15	2	12	107	100	7	6
IGM	14	14	0	0	173	150	23	14
<b>Total</b>	<b>31</b>	<b>29</b>	<b>2</b>	<b>6</b>	<b>296</b>	<b>266</b>	<b>30</b>	<b>10</b>

El total de las muestras procesadas hasta la SE12 fueron 296, con una positividad del 10% (30). Para la SE12 se procesaron 30 muestras, todas negativas.

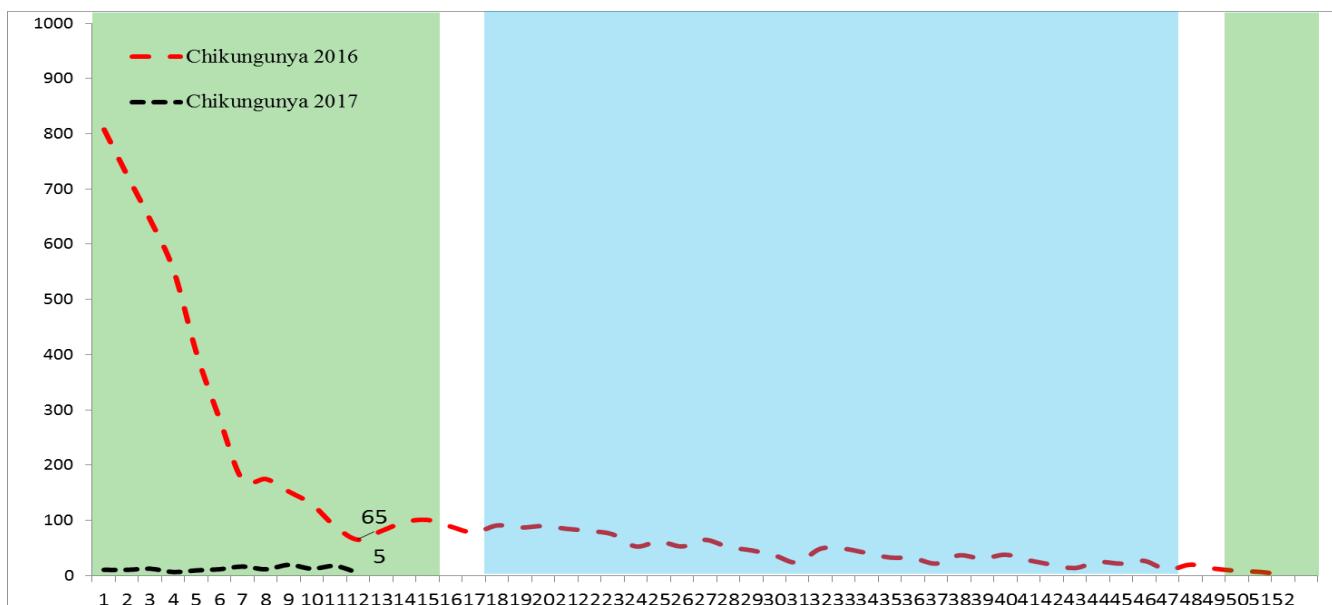
Hasta la SE12 se procesaron 16 muestras con PCR, todas negativas, en SE12 no proceso ninguna muestra.

La positividad de las muestras procesadas de NS1 hasta la SE12 fue 6% (7). Para la SE12 se procesaron 17 muestras, el 12% (2) fueron positivas.

La positividad de muestras procesadas de IgM hasta la SE12 fue 14% (23), Para la SE12 se procesaron 14 muestras, todas negativas.

4

## Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2016, SE 12-52 de 2017



## Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 12 de 2016-2017

	Acumulado		Diferencia	% de variación
	Año 2016	Año 2017		
Casos Chikungunya (SE 01-12)	4194	149	-4045	-96%
Hospitalizaciones (SE 01-12)	124	11	-113	-91%
Fallecidos (SE 01-12)	0	0	0	0%

### Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 12- 52 de 2017

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	14	7
San Vicente	11	6
Santa Ana	25	4
Cabañas	4	2
Ahuachapán	8	2
San Salvador	39	2
San Miguel	10	2
Morazán	4	2
Cuscatlán	5	2
La Libertad	13	2
Usulután	6	2
Sonsonate	6	1
La Paz	3	1
La Unión	1	0
Guatemala	0	
Honduras	0	
<b>Total general</b>	<b>149</b>	<b>2</b>

Durante la SE12 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 96% de casos sospechosos y de 91% de hospitalizaciones.

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

### Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 12-52 de 2017

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	14	13
1-4 años	13	3
5-9 años	9	2
10-19 años	21	2
20-29 años	33	3
30-39 años	30	3
40-49 años	17	2
50-59 años	5	1
>60 años	7	1
<b>Total general</b>	<b>149</b>	<b>2</b>

De acuerdo con los grupos de edad, los menores de un año son los mas afectados

## Índices larvarios SE 12 – 2017, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	25
San Miguel	17
La Unión	12
La Paz	11
Usulután	11
Chalatenango	10
San Vicente	10
Cuscatlán	9
Ahuachapán	8
Sonsonate	8
Santa Ana	6
Morazán	6
Cabañas	5
La Libertad	4
<b>Nacional</b>	<b>10</b>

Depósitos	Porcentaje
Útiles	91
Inservibles	8
Naturales	0
Llantas	1

### Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y zika SE 12 – 2017

- ❖ 51,950 viviendas visitadas, inspeccionando 46,762 (90%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos de zancudos, Población beneficiada 283,155 personas.
- ❖ Entre las medidas observadas y realizadas, se encontró que 5,869 depósitos tienen como medida de control larvario peces de un total de 183,216 criaderos inspeccionados, equivalente a un 3.2%.
- ❖ En 20,400 viviendas se utilizó 1,590Kg. de larvicida granulado al 1%; y 11,837 aplicaciones de fumigación a viviendas.
- ❖ 524Controles de foco realizados.
- ❖ 1,355 Áreas colectivas tratadas y 240 fumigadas.

### Actividades de promoción y educación para la salud

- ❖ 8,294 charlas impartidas, 49 horas de perifoneo.
- ❖ 1,868 material educativo distribuido (Hojas volantes, afiches entre otros)

### Recurso Humano participante 1864

- ❖ 75 % Ministerio de Salud.
- ❖ 11 % Ministerio de Educación y Centros Educativos
- ❖ 3 % Alcaldías Municipales.
- ❖ 11 % personal de diferentes instituciones públicas, privadas y comunitarias.

## Resumen de chequeos entomológicos en instalaciones de instituciones públicas y privadas realizadas en el mes de marzo 2017

No.	Instituciones	Instlaciones de instituciones		
		Inspeccionadas	Positivas a larvas	Indice %
2	Delegaciones de PNC	133	39	29
3	Oficinas ONG	18	3	17
4	Clínicas ISSS	12	2	17
5	Hospitales públicos	17	2	12
6	Iglesias	251	27	11
7	Alcaldías Municipales	145	16	11
9	Centros educativos	806	69	9
8	Otras Instituciones	551	41	7
10	UCSF (MINSAL)	253	6	2
11	Juzgados	28	1	4
1	ANDA	2	0	0
12	Oficinas de Correos	6	0	0
13	Oficinas y clínicas ISBM	8	0	0
<b>TOTAL</b>		<b>2230</b>	<b>167</b>	<b>7</b>

Fuente: Informes de Regiones de Salud

Hasta la semana 11 en el mes de marzo, se inspeccionaron 2,230 instalaciones de instituciones públicas y privadas encontrando positividad a larvas de zancudos en 167 instalaciones lo cual da un índice de institución del 7.0 %. Siendo más evidente en las instalaciones de la PNC, es de resaltar que instituciones del MINSAL como hospitales y UCSF se encontró el 3.0% positivas a larvas. Es importante mencionar que, en todos estos lugares positivos, se trataron los criaderos así también se dieron indicaciones para mantener acciones de eliminación de los criaderos de zancudos de forma permanente, así mismo evidencia la necesidad de continuar coordinando con las instituciones la búsqueda, tratamiento o eliminación de criaderos de zancudos.

# CASOS DE DENGUE Y CHIK EN LAS AMÉRICAS

## CASOS DE DENGUE SE 37 (PAHO)

País o Subregión	Casos de Dengue y Dengue grave reportados		serotipos	sospecha de dengue grave	Fallecidos
	Probable	Confirmados			
México	77,940	9,489	DEN 1,2,3,4	546	11
Nicaragua	68,211	5,180	DEN 2	0	16
Honduras	20,034	76	DEN	257	2
Costa Rica	16,520	0	DEN1,2	0	0
El Salvador	7,256	103	DEN 2	180	1
Guatemala	6,534	330	DEN1,2,3,4	39	1
Panamá	3,332	924	DEN1,2,3	11	9
Belize	56	1	DEN 3	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>199,883</b>	<b>16,103</b>		<b>1,033</b>	<b>40</b>

Sub-regiones	Probable	Confirmados	Sospecha Dengue grave	Muertes
Norteamérica	412	341	0	0
CentroAmérica y México	199,883	16,103	1,033	40
Andina	187,716	73,235	1,181	231
Cono Sur	1,572,144	316,188	776	535
Caribe Hispánico	48,756	1,545	594	30
Caribe Inglés y Francés y Holandes	8,917	1,331	2	0
<b>TOTAL</b>	<b>2017828</b>	<b>406,014</b>	<b>3,586</b>	<b>836</b>

## CASOS DE CHIKUNGUNYA SE 11-2017 (PAHO)

Pais/territorio	casos de transmisión autóctona			Tasa de incidencia	Fallecidos
	sospechosos	confirmados	casos importados		
<b>Istmo Centroamericano</b>					
Belice				0	
Costa Rica	99			2.02	
El Salvador	104			1.69	0
Guatemala				0	
Honduras				0	
Nicaragua		8		0.13	0
Panamá	317		1	7.83	
<b>TOTAL</b>	<b>520</b>	<b>8</b>	<b>1</b>	<b>1.12</b>	<b>0</b>

Territorio	sospechoso	confirmado	Tasa de incidencia	Fallecidos
América del Norte	0	8	0	0
Istmo Centroamericano	520	8	1.12	0
Caribe Latino	0	5	0.01	0
Area Andina	834	61	0.64	0
Cono Sur	8,624	2,178	3.8	1
Caribe No-Latino	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>9,978</b>	<b>2,260</b>	<b>1.21</b>	<b>1</b>

# Resumen de eventos de notificación hasta se 12/2017

No	Evento	Semanas				(% para 2017)	Tasa por 1000000.0 habitantes
		Epidemiológicas	Acumulado	Acumulado	Diferencial		
		11	12	2016	2017		
1	Infección Respiratoria Aguda	38058	38675	469718	462537	( -2 )	7160
2	Dengue sospechosos	65	64	3034	845	( -72 )	13
3	Chikungunya	18	5	4194	149	( -96 )	2
4	Zika	5	1	6044	125	( -98 )	2
5	Paludismo Confirmado	0	0	1	5	( 400 )	0
6	Diarrea y Gastroenteritis	6268	4993	64097	104835	( 64 )	1623
7	Parasitismo Intestinal	3526	3492	39477	43914	( 11 )	680
8	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1307	1328	14159	13328	( -6 )	206
9	Neumonías	559	448	8325	7464	( -10 )	116
10	Hipertensión Arterial	507	422	5338	6006	( 13 )	93
11	Mordido por animal trans. de rabia	389	375	4324	4791	( 11 )	74
12	Diabetes Mellitus (PC)	295	205	2875	3378	( 17 )	52

## Enfermedad Diarreica Aguda, EL Salvador, SE 12- 2017

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 8,736 casos.
- Durante la semana 12 se notificó un total de 4,993 casos, que significa una reducción de -20% (-1,275 casos) respecto a lo reportado en la semana 11 (6,268 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 12 del año 2017 (104,835 casos) con el mismo período del año 2016 (64,097 casos), se evidencia un incremento de un 64% (40,738 casos).
- Los casos acumuladas por departamento oscilan entre 1,695 casos en Morazán y 49,250 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 49,250, La Libertad 13,056 y Santa Ana 6,387 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 (76%) seguido de los adultos mayores de 59 años (5%).

### Hospitalizaciones por EDA

#### Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 12

Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2017	5,338	9	0.17
2016	2,568	25	0.97

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 28 de marzo 2017, 13:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

### Tasas de EDA por grupo de edad

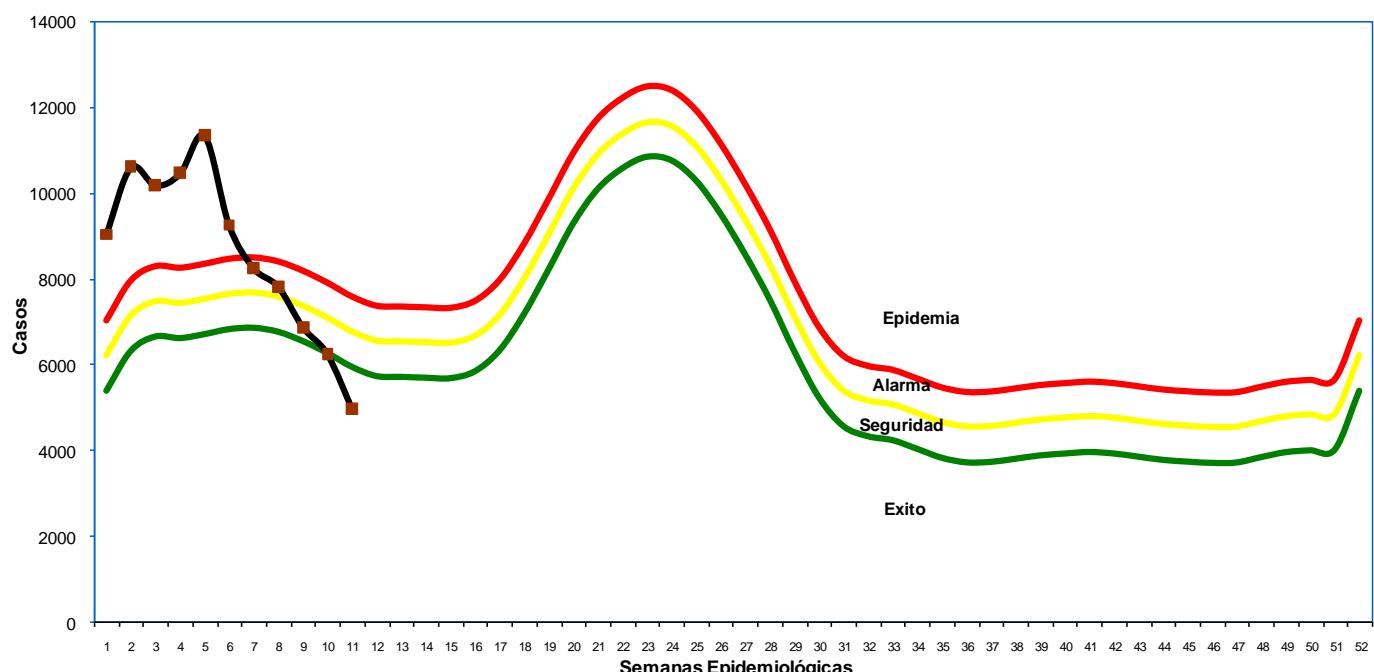
Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Diarrea y gastroenteritis	7,708	6,086	1,612	501	1,357	1,026

# Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de EDAS, SE12 de 2017

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	9788	8794.33
1-4 años	29574	6619.96
5-9 años	9537	1681.10
10-19 años	6631	511.22
20-29 años	15282	1175.06
30-39 años	11741	1332.57
40-49 años	9173	1280.52
50-59 años	6165	1155.27
>60 años	6944	953.98
<b>Total general</b>	<b>104835</b>	<b>1592.77</b>

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
San Salvador	49,250	2756.91
La Libertad	13,056	1624.30
Usulután	5,234	1396.05
Chalatenango	2,723	1328.67
Cuscatlán	3,382	1270.32
Cabañas	2,078	1240.13
La Paz	4,349	1199.51
San Vicente	2,142	1163.33
Santa Ana	6,387	1083.89
San Miguel	5,239	1047.97
Sonsonate	4,985	984.13
Morazán	1,695	831.89
La Unión	2,157	803.56
Ahuachapán	2,158	593.72
<b>Total general</b>	<b>104,835</b>	<b>1,593</b>

## Corredor epidémico de casos de diarreas, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE12 de 2017

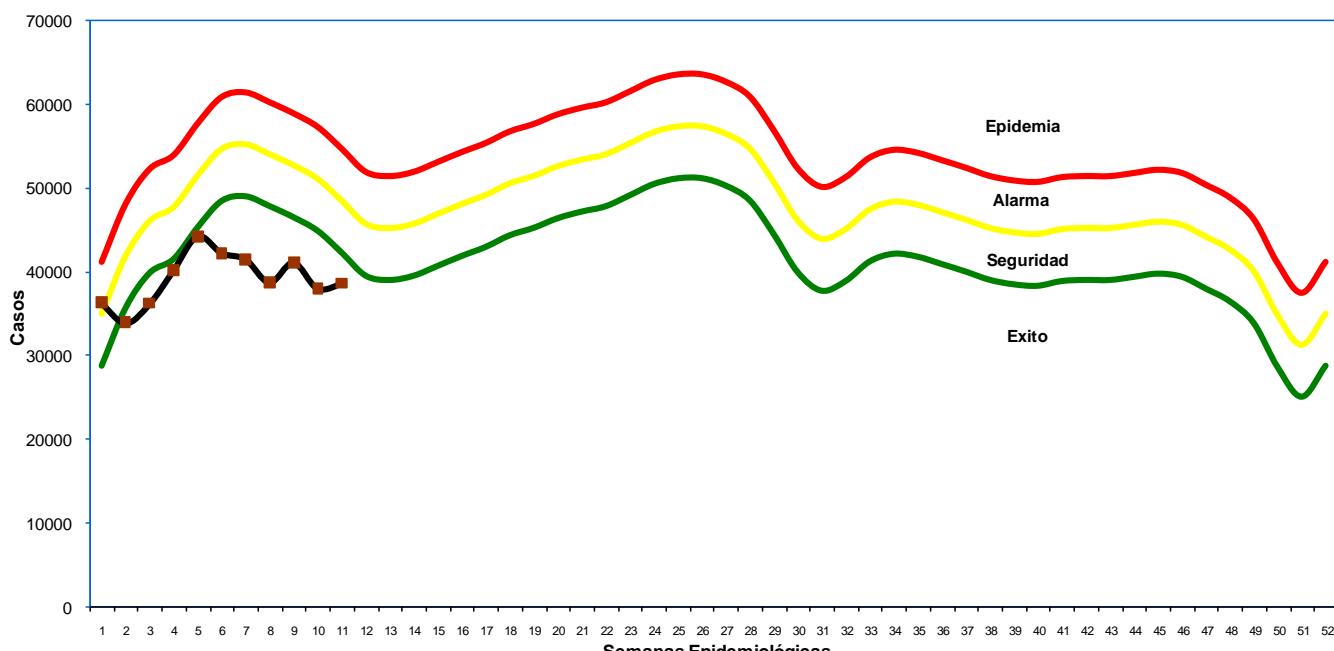


- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 38,545 casos.
- Durante la semana 12 se notificó 38,675 casos, 2% (617 casos) mas que lo reportado en la semana 11 (38,058 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 12 del año 2017 se ha notificado un total acumulado de 462,537 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2016 (469,718 casos) significando una reducción del -2% (-7,181 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 10,151 casos en Cabañas a 163,420 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 163,420, La Libertad 45,390 y San Miguel 36,848.

#### 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	30,301	21,844	11,349	3,099	5,692	4,731

#### Corredor epidémico de casos infección respiratoria aguda, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE12 de 2017



- El promedio semanal de neumonías es de 622 casos.
- Durante la semana 12 se ha reportado un total de 448 casos, lo que corresponde a una reducción del -20% (-111 casos) respecto a los notificados en la semana 11 (559 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 12 del año 2017 (7,464 casos) con el mismo período del año 2016 (8,325 casos) se observa una reducción de un -10% (-861 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 169 casos en Cuscatlán y 1,760 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 1,760, San Miguel 1,135 y Santa Ana 707 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 (65%) seguido de los adultos mayores de 59 años (18%).

### Hospitalizaciones por neumonía

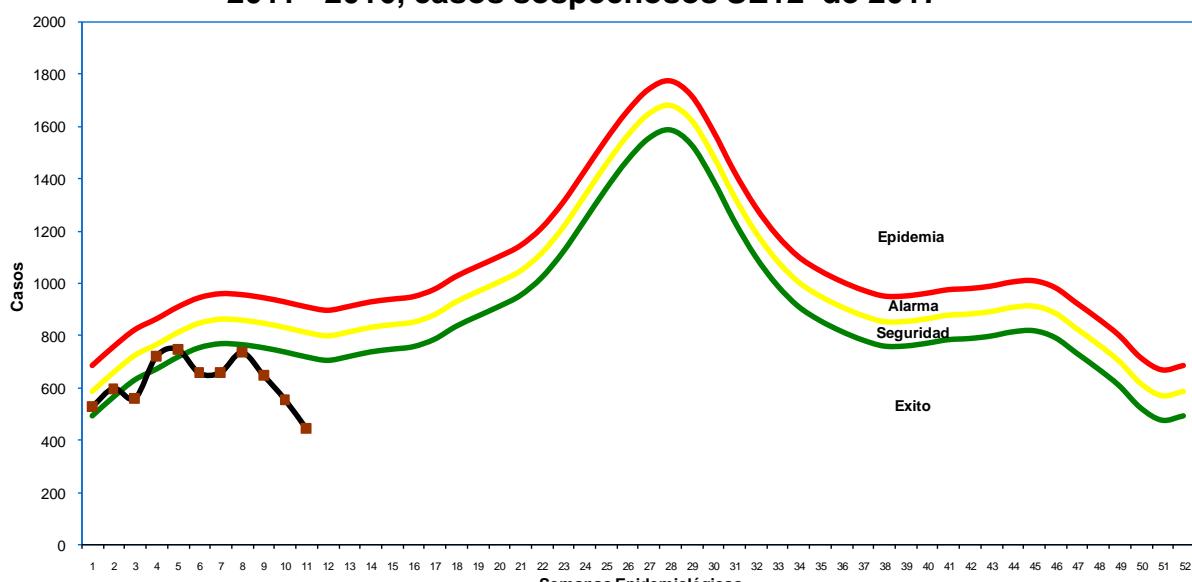
Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 12			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2017	2,787	137	4.92
2016	2,622	157	5.99

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 28 de marzo 2017, 13:30 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	1,603	586	90	17	22	170

### Corredor epidémico de casos neumonías, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE12 de 2017



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

**Los datos de la última Actualización Regional en línea: SE 10, 2017 de la OPS publicada el 22 de marzo reportan:**

**América del Norte:** en general, la actividad de influenza y de otros virus respiratorios ha disminuido. En Canadá, la actividad de influenza disminuyó (20%), con predominio de influenza A(H3N2), y las consultas por ETI durante la SE 10 (1,7%) disminuyeron ligeramente en comparación con la semana previa. En los Estados Unidos, las actividades de VSR y de influenza disminuyeron, con 11% y 18,6% respectivamente, y con predominio de influenza A(H3N2). La actividad de ETI se ubicó sobre la línea de base nacional de 2,2%. En México, la actividad de influenza disminuyó ligeramente durante la SE 10 (44,5% de positividad para influenza), con predominio de influenza A(H1N1)pdm09. La actividad de neumonía permaneció sobre el umbral estacional; y los casos de IRAG positivos para influenza disminuyeron en semanas recientes, y permanecieron bajos en comparación a la temporada anterior. Los casos de IRAG fallecidos asociados a influenza continuaron en aumento; y los casos acumulados fallecidos por IRAG/ETI asociados con influenza se vieron incrementados en Nueva León.

**Caribe:** se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios en la mayor parte de la sub-región. En Puerto Rico, la actividad de ETI y de influenza disminuyeron por debajo del umbral estacional durante la SE 10, con predominio de influenza A(H3N2). En Jamaica, la actividad de IRAG aumentó pero permaneció debajo del umbral de alerta.

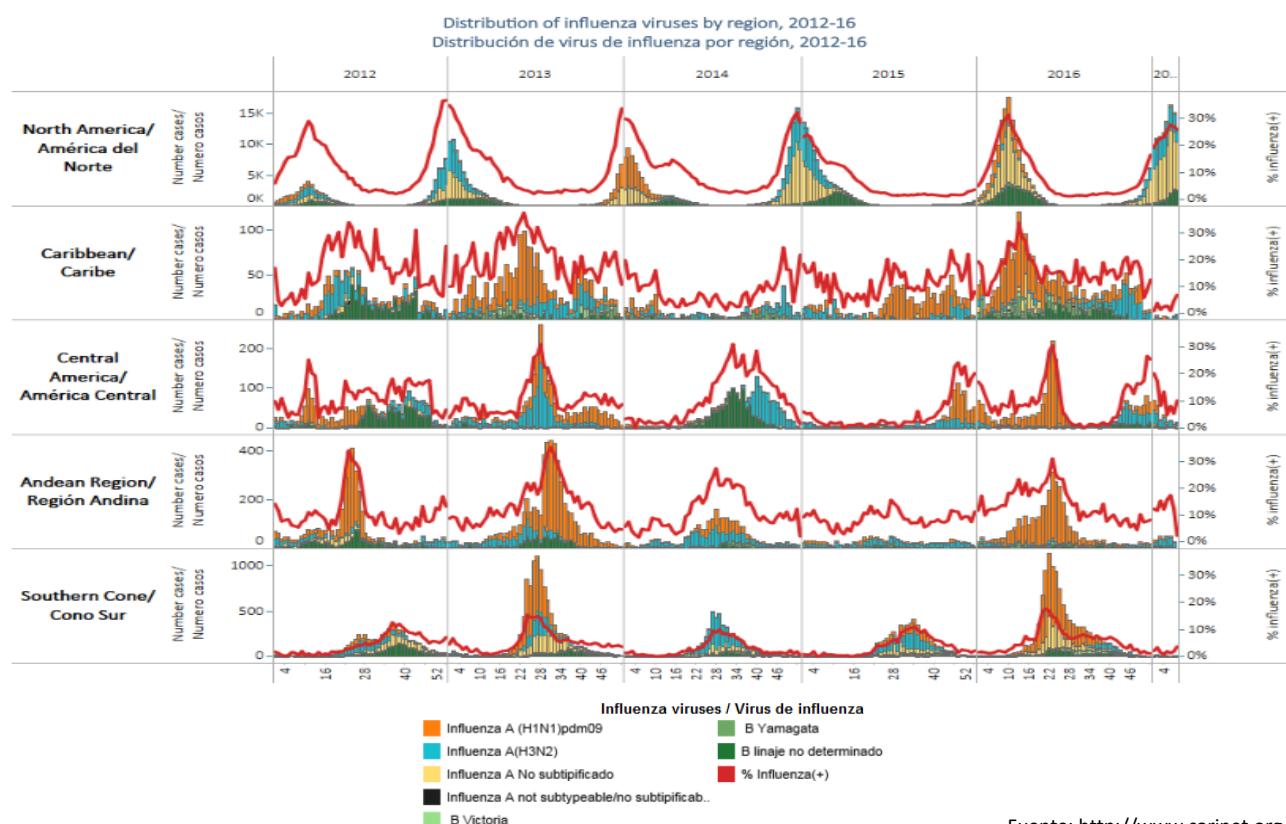
**América Central:** La mayoría de los indicadores epidemiológicos se mantienen bajos o en disminución, y se ha reportado actividad moderada de influenza. En Costa Rica, la actividad de influenza permaneció a niveles bajos, con predominio de influenza A(H3N2); y las hospitalizaciones asociadas a IRAG disminuyeron. En Guatemala, la proporción de influenza permaneció elevada en relación a la temporada anterior.

**Sub-región Andina:** se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios, y de VSR en general. Durante la SE 10, la actividad de influenza disminuyó ligeramente (6% de positividad), y la actividad de VSR permaneció elevada en Colombia. En Ecuador, el porcentaje de hospitalizaciones por IRAG disminuyó y permaneció sobre los niveles históricos, con aumento de las detecciones de influenza.

**Brasil y Cono Sur:** los niveles de influenza y VSR reflejan una tendencia a disminuir en toda la sub-región. En Brasil, los casos acumulados de IRAG y fallecidos durante la SE 10 fueron superiores a los niveles en 2015 – 2016; y la mayoría de los casos de IRAG se reportaron en la región sudoeste. En Chile las detecciones de influenza aumentaron ligeramente en la SE 10 y permanecieron con escasas detecciones y 3% de positividad; y las consultas por ETI continuaron en niveles bajos. En Paraguay, la actividad de ETI permaneció sobre el nivel de alerta en la SE 9, con baja actividad de influenza, y predominio de influenza B.

**Global:** la actividad de influenza en la zona templada del hemisferio norte tiende a la disminución. La actividad de influenza en muchos países, especialmente en Asia oriental y Europa, ya alcanzaron su punto máximo. En todo el mundo, predominó el virus de influenza A(H3N2). En Asia meridional, la actividad de influenza con predominio de H1N1 ha ido en aumento.

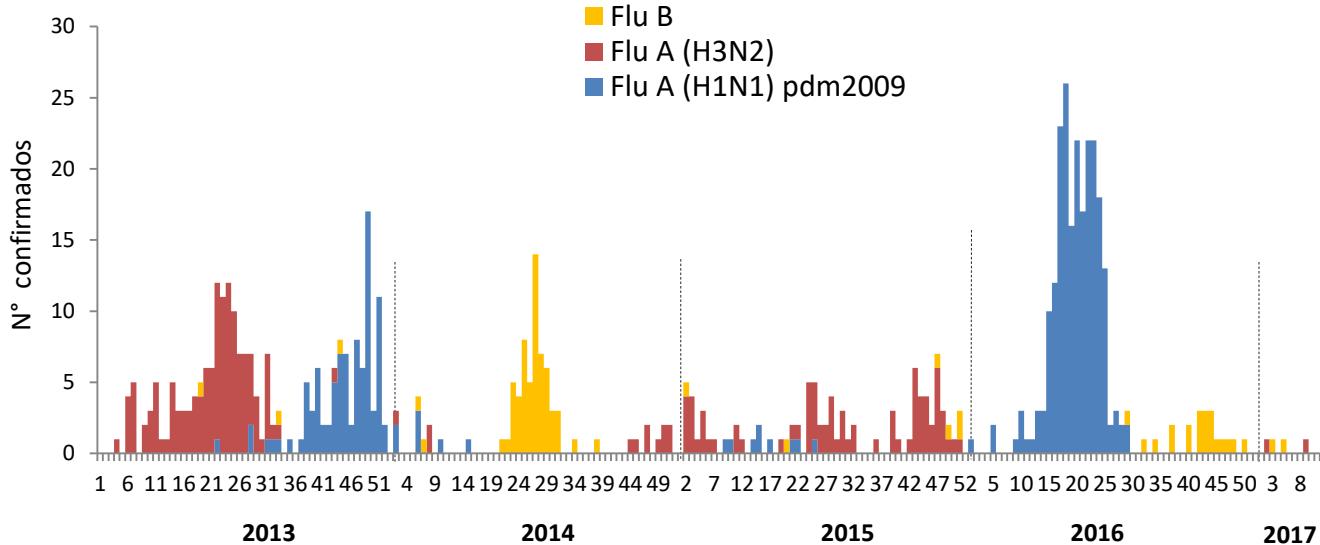
Fuente: Actualización Regional, OPS/OMS  
[http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=3352&Itemid=2469&lang=es](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=3352&Itemid=2469&lang=es)



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

## VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EL SALVADOR, SE 12 – 2017

**Gráfico 1.- Circulación de virus de influenza por semana epidemiológica  
Vigilancia centinela, El Salvador, 2013 – 2017**



**Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 12, 2016 – 2017**

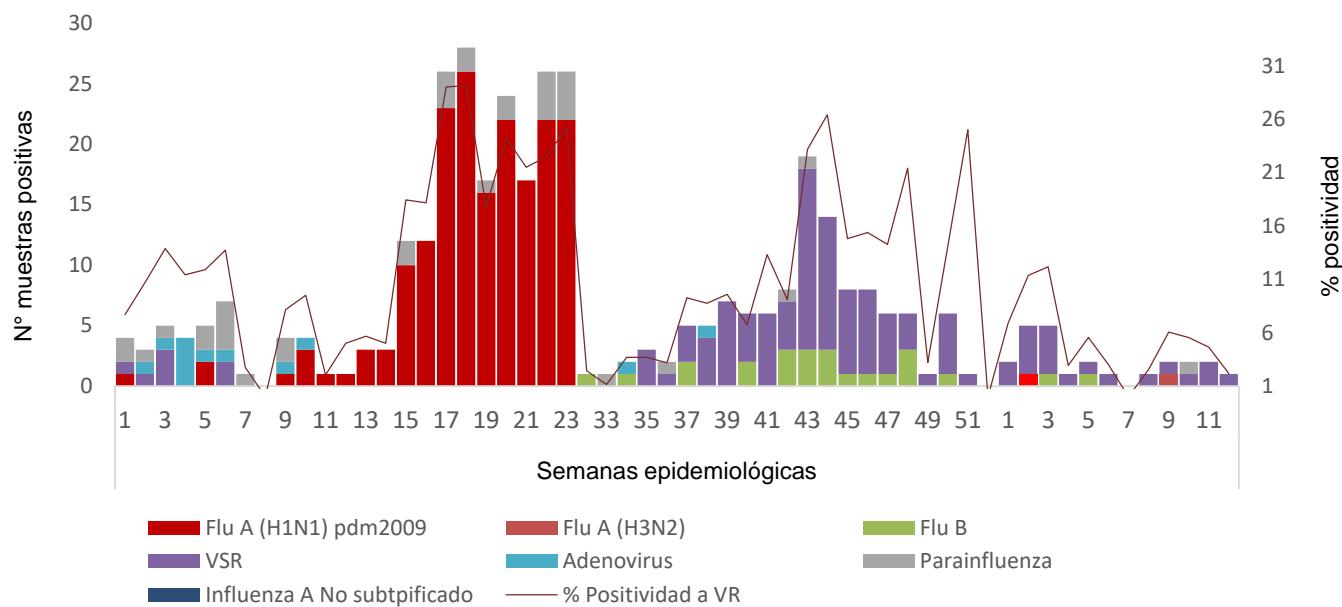
Resultados de Laboratorio	2016	2017	SE 12 2017
	Acumulado SE 12		
Total de muestras analizadas	490	450	46
Muestras positivas a virus respiratorios	39	24	1
<b>Total de virus de influenza (A y B)</b>	<b>9</b>	<b>4</b>	<b>0</b>
Influenza A (H1N1)pdm2009	9	0	0
Influenza A no sub-tipificado	0	0	0
Influenza A H3N2	0	2	0
Influenza B	0	2	0
<b>Total de otros virus respiratorios</b>	<b>30</b>	<b>20</b>	<b>1</b>
Parainfluenza	13	1	0
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	7	19	1
Adenovirus	10	0	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	8%	5%	2%
Positividad acumulada para Influenza	2%	1%	0%
Positividad acumulada para VSR	1%	4%	2%

Fuente: VIGEPES

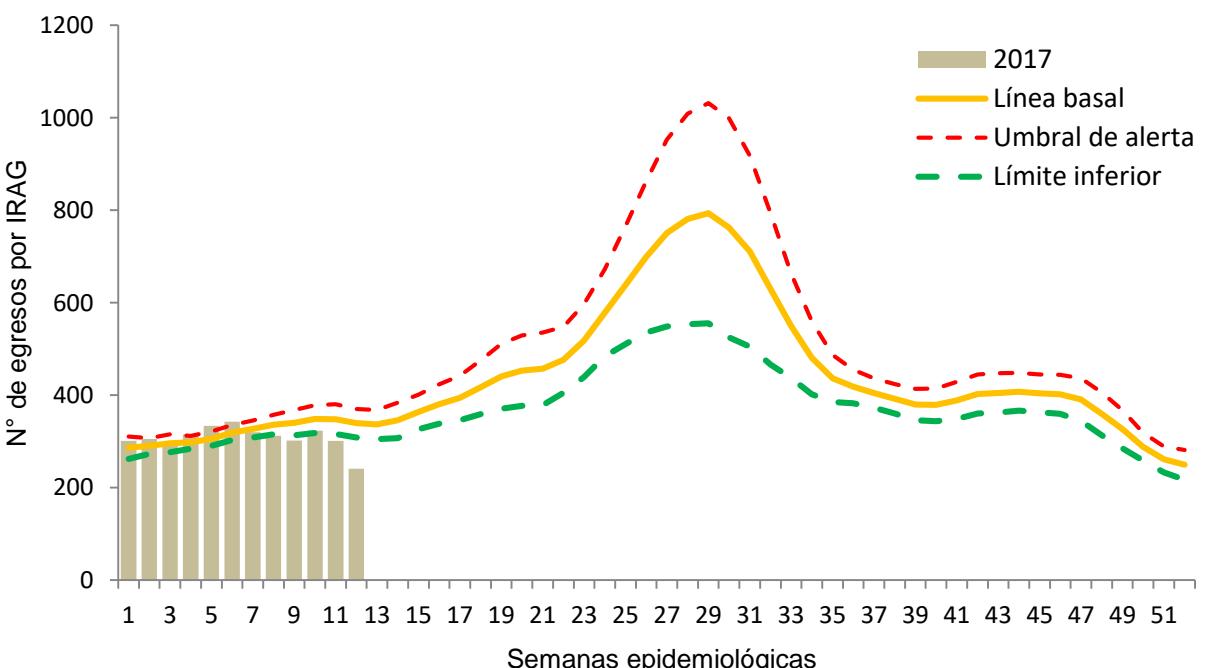
Continúa observándose cierta circulación de virus sincicial respiratorio en esta semana. No se identifica circulación de virus influenza.

(Gráfico 2). La positividad para todos los virus respiratorios es menor que lo observado el año pasado durante el mismo período; hasta la semana epidemiológica 12 en 2017 la positividad a influenza es 1%, menor a la positividad acumulada en la semana 12 de 2016 (2%). Se observa incremento en la positividad total de virus sincicial respiratorio 4% respecto al mismo período en el año 2016 (1%).

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

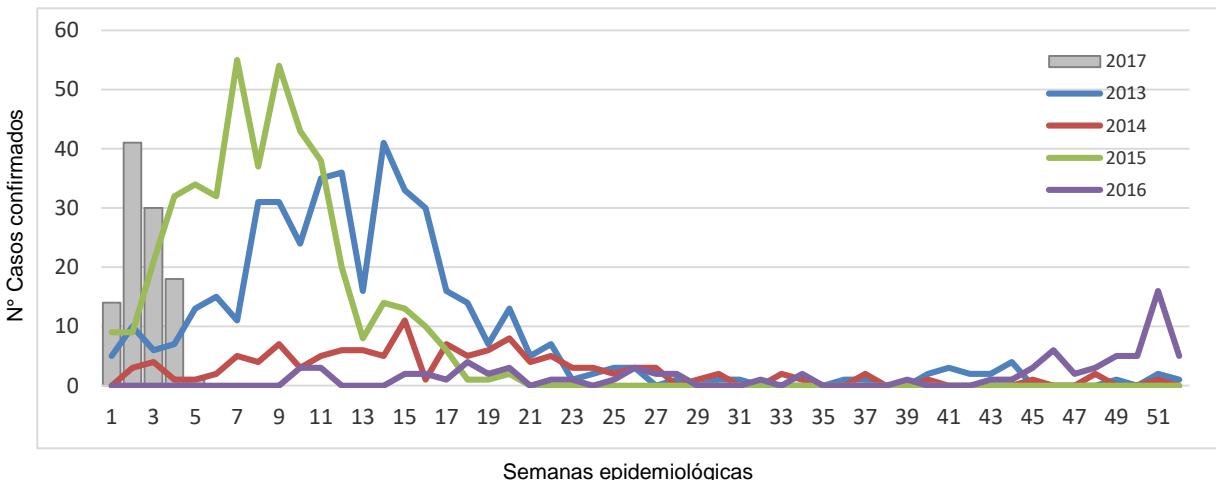


**Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 12 – 2017**

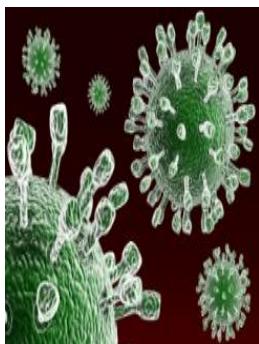


## VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 12\*, 2013 – 2017



- Durante el año 2017, en el período de las semanas epidemiológicas 1 – 12 se ha notificado un total de 1,137 casos sospechosos de rotavirus y de estos se ha procesado 311 muestras, de las cuales han resultado 104 positivos, con una proporción de positividad de 33%, lo que contrasta con lo observado hasta la misma semana de 2016, donde se tomó muestra a 326 sospechosos y de ellos 6 fueron casos confirmados (2% de positividad).
- \*En la semana 12 se captaron 59 muestras de casos sospechosos las cuales están pendientes de resultado de laboratorio a la fecha.



### 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 y recomendaciones:**

- 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>

# 11

## Mortalidad materna

**Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 27 de marzo 2017.**

Del 01 de enero al 27 de marzo de 2017, de las muertes maternas notificadas se auditaron 8, de las cuales 62.5% (5) fueron clasificadas como de causa directa, 25.0% (2) indirecta y 12.5 (1) no relacionada..

De 7 muertes (directas e indirectas), 57.1% (4) ocurrieron en el grupo de 20 a 29 años, 14.3% (1) de 10 a 19 años, 14.3% (1) de 30 a 39 años y 14.3% (1) de 40 a 49 años.

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

Muertes Maternas	2016	2017
Auditadas	12	8
Causa Directa	8	5
Causa Indirecta	3	2
Causa no relacionada	1	1

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 27 de marzo de 2016 - 2017. (Se excluyen las muertes de otra nacionalidad).**

Del 01 de enero al 27 de marzo 2017, se notifican 194 muertes menores de 5 años, 40 muertes menos comparado con el mismo período del 2016 (234 muertes).

Hasta el 27 de marzo del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 88% (171/194), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (171), el 61% (105) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 79% (83) corresponde al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, 84% (143) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (34), La Libertad (23), Ahuachapán (21), Santa Ana (20), Sonsonate (14), San Miguel (11), La Unión (10) y La Paz (10).

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