



Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico

Semana 06 (del 07 al 13 de Febrero 2016)

CONTENIDO

1. Actualización Epidemiológica OPS. Actividad de influenza en la temporada 2015 - 2016.
2. Situación epidemiológica de Zika
3. Situación epidemiológica de Dengue
4. Situación epidemiológica de CHIKV
5. Resumen de eventos de notificación hasta SE 06/2016
6. Enfermedad diarreica Aguda
7. Infección respiratoria aguda
8. Neumonías
9. Vigilancia Centinela
10. Mortalidad materna
11. Mortalidad en < 5 años

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 06 del año 2016. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,138 unidades notificadoras (91.4%) 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 77.4% 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.

Actualización Epidemiológica

Actividad de influenza en la temporada 2015-2016

9 de febrero de 2016

La Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) recomienda a los Estados Miembros que adopten las medidas necesarias para asegurar el manejo clínico apropiado, el estricto cumplimiento de las medidas de control de infecciones en los servicios de atención de salud y la provisión adecuada de antivirales. Se insta, además a que continúen con las actividades de vacunación contra influenza estacional para prevenir casos graves así como defunciones por influenza.

Contexto epidemiológico

Durante el 2015 la mayoría de los Estados Miembros del **Caribe** registraron baja actividad de influenza y de otros virus respiratorios. Sin embargo, Barbados informó un aumento de la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 a finales de 2015 y Cuba registró actividad alta de infección respiratoria aguda grave (IRAG) asociada a influenza A(H1N1)pdm09 entre la semana epidemiológica (SE) 26 y 40 de 2015. Por otro lado, Puerto Rico, registró una alta actividad de influenza con tendencia creciente de enfermedad tipo influenza (ETI) desde la SE 51 hasta la SE 3 de 2016; mientras que en Dominica y Santa Lucía la actividad de infección respiratoria aguda (IRA) continúa alta y con tendencia creciente.

En **América Central**, El Salvador registró un aumento en la actividad de influenza A(H3N2) a finales de 2015 y en ese mismo período Nicaragua observó un incremento de la actividad de influenza A(H1N1)pdm09. En Panamá, la actividad de influenza A(H1N1)pdm09 se incrementó entre la SE 1 y 3 de 2016.

En Costa Rica, la actividad de influenza se incrementó a partir de la SE 43 de 2015 y decreció a partir de la SE 52. El virus predominante fue influenza A(H1N1)pdm09, seguido de influenza A(H3N2) y el mayor número de casos de influenza se registró entre la SE 49 y 52. Adicionalmente, en las últimas semanas se registró actividad alta de IRAG entre los casos ingresados a la unidad de cuidados intensivos (UCI), sin embargo, se registró una tendencia creciente a partir de la SE 52.

En **América del Norte**, la actividad de influenza y de otros virus respiratorios se mantiene baja, aunque en las últimas semanas se registra una tendencia creciente de casos de influenza en Canadá, Estados Unidos de América y México. En respuesta a esta situación, el 1 de febrero 2016, los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) emitió una alerta a través de la red de alertas de salud (HAN, por sus siglas en inglés) sobre la detección de casos graves de infección con influenza en Estados Unidos de América.

Información más detallada sobre la situación de influenza y otros virus respiratorios se puede obtener en la Actualización Regional de influenza, que se publica semanalmente en la página web de la OPS/OMS, disponible en: <http://www.paho.org/reportesinfluenza>.

Recomendaciones

Ante el inicio de la temporada de mayor circulación de influenza en el hemisferio norte, la OPS/OMS reitera las recomendaciones relacionadas a la vigilancia, al manejo clínico adecuado de pacientes, la implementación de medidas de control de infecciones en los servicios de atención de salud y la comunicación con la población sobre las medidas de prevención.

Vigilancia

Se recomienda continuar fortaleciendo los sistemas de vigilancia de las IRA, ETI y priorizando a la IRAG a fin de monitorear la conducta epidemiológica y los virus en circulación, tendencias, la gravedad clínica y los grupos de riesgo más afectados.

Para completar la vigilancia basada en indicadores, se recomienda que los Estados Miembros implementen la vigilancia basada en eventos. La vigilancia basada en eventos es la captura organizada y rápida de información sobre eventos que puedan presentar un riesgo potencial para la salud pública. Esta información puede provenir de rumores y otros informes ad-hoc de transmisión a través de canales formales (sistemas de información de rutina pre-establecidos) o canales informales (es decir, los medios de comunicación, comunicación directa de trabajadores de salud o de organizaciones no gubernamentales). La vigilancia basada en eventos es un componente funcional del mecanismo de alerta temprana y respuesta¹.

Se debe investigar de inmediato eventos respiratorios que sean inusitados, tales como: casos de influenza con progresión clínica atípica, IRA asociada a enfermedad animal o en viajeros a zonas de riesgo a emergencia de nuevos virus de la influenza, IRAG en profesional de salud o conglomerados de influenza fuera de la temporada habitual de circulación.

Como parte de la vigilancia de rutina, se deben obtener muestras nasofaríngeas para el diagnóstico de virus respiratorios, priorizando siempre el análisis de laboratorio de los casos más graves, especialmente de casos fallecidos.

Las muestras positivas a influenza, de casos con mayor gravedad o asociadas a presentaciones clínicas inusuales, deben ser enviadas al Centro Colaborador de la OPS/OMS en los Centros para la Prevención y Control de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés) en Atlanta para pruebas de caracterización adicional. También se deben enviar de inmediato al Centro Colaborador de la OPS/OMS muestras de influenza A no-subtipificables.

1 Organización Mundial de la Salud. Detección temprana, evaluación y respuesta ante eventos agudos de salud pública Puesta en marcha de un mecanismo de alerta temprana y respuesta con énfasis en la vigilancia basada en eventos. Versión Provisional. WHO/HSE/GCR/LYO/2014.4. Ginebra. OMS. 2014. Disponible en: http://www.who.int/ihr/publications/WHO_HSE_GCR_LYO_2014.4/es/

Manejo clínico

Se mantienen recomendaciones sobre el manejo clínico incluido en las Alertas Epidemiológicas de influenza de la OPS/OMS anteriores².

Se han identificado grupos que presentan mayor riesgo a complicaciones relacionadas a infecciones por influenza, como los menores de 2 años de edad, adultos mayores de 65 años, mujeres embarazadas y personas con afecciones clínicas subyacentes. En estos casos debe considerarse la administración de tratamiento antiviral (oseltamivir) al inicio de los síntomas. El tratamiento debe iniciarse aún antes de tener la confirmación de infección por influenza por el laboratorio, ya que el tratamiento resulta exitoso con mayor frecuencia si se inicia de manera temprana.

Para mayor detalle consultar el documento sobre “Consideraciones y recomendaciones provisionales para el manejo clínico de la influenza pandémica (H1N1)pdm09. Consulta de expertos de OPS/OMS”. Disponible en:

http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=8259&Itemid=

Comunicación

La influenza estacional es una infección viral aguda que se transmite fácilmente de persona a persona. Los virus de la influenza estacional circulan en todo el mundo y pueden afectar a cualquier persona en cualquier grupo de edad. La influenza A(H1N1)pdm09, que causó la pandemia del 2009 ha pasado a circular anualmente y desde entonces se considera una cepa estacional. La vacunación contra la influenza antes del inicio de circulación estacional del virus sigue siendo la mejor medida de prevención contra la influenza grave.

La población debe ser informada que la principal forma de transmisión de la influenza es por el contacto interpersonal. El lavado de manos es la forma más eficiente para disminuir la transmisión. El conocimiento sobre la “etiqueta respiratoria” ayuda también a evitar la transmisión.

Personas con fiebre deben evitar ir al local del trabajo o a lugares públicos hasta que desaparezca la fiebre. De la misma manera, niños en edad escolar con síntomas respiratorios y/o fiebre deben quedarse en el hogar y no ir a la escuela.

Vacunación

La OPS/OMS recomienda que las mujeres embarazadas tengan la más alta prioridad en recibir las vacunas contra la influenza, debido a su vulnerabilidad a enfrentar complicaciones por esta enfermedad. Otros grupos de riesgo que deben ser considerados prioritarios para la vacunación son los adultos mayores, los niños de 6 a 59 meses de edad, las personas con afecciones médicas crónicas específicas y los trabajadores de salud. La vacunación contra la influenza no se considera una estrategia de control de brotes, sino una medida preventiva para evitar complicaciones relacionadas a influenza.

2 Disponibles en <http://www.paho.org/alertasepi>

Enlaces de utilidad:

- Actualización de influenza. Organización Mundial de la Salud. Disponible en: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/index.html
- Monitoreo regional de influenza y otros virus respiratorios. OPS/OMS. Disponible en: <http://www.paho.org/reportesinfluenza>



Vigilancia de influenza en El Salvador

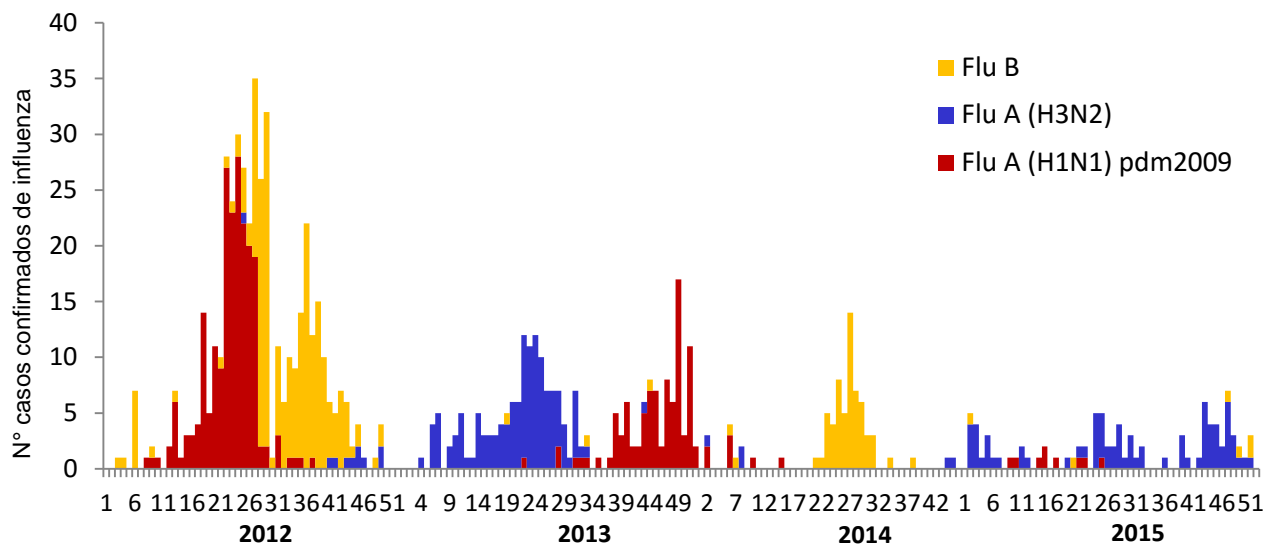
En El Salvador, a partir de septiembre de 2007 se implementó la vigilancia centinela de influenza, de acuerdo a la metodología propuesta en el Protocolo Genérico para la Vigilancia de Influenza (OMS-OPS/CDC) en diciembre de 2006. Los objetivos del sistema de vigilancia centinela para ETI e IRAG (enfermedad tipo influenza e infección respiratoria aguda grave, respectivamente) están encaminados a fortalecer el conocimiento de las características epidemiológicas de la influenza y otras enfermedades respiratorias virales, vigilar los virus de influenza para contribuir a la formulación de las recomendaciones para la composición anual de la vacuna, así como la detección oportuna del apareamiento de nuevos subtipos virales con potencial pandémico.

Desde entonces se definió tal como lo estipula el Protocolo Genérico, los establecimientos de primer nivel que vigilan el cuadro clínico leve de la enfermedad (ETI) y los hospitales que vigilan el cuadro severo (IRAG).

Durante y posterior a la pandemia de influenza A(H1N1), en 2009 – 2010, se desarrolló un proceso de fortalecimiento de la vigilancia centinela de influenza, que conllevó la actualización de protocolos para la vigilancia epidemiológica, la prevención, el control y el manejo de los casos, se fortaleció la capacidad instalada de laboratorio para el diagnóstico y se instalaron dos laboratorios de inmunofluorescencia indirecta ubicados en los Hospitales Nacionales de Santa Ana y San Miguel. Además se implementó la vigilancia intensificada de casos de infección respiratoria aguda grave inusitada (IRAGI) en todos los hospitales que detectaban estos casos.

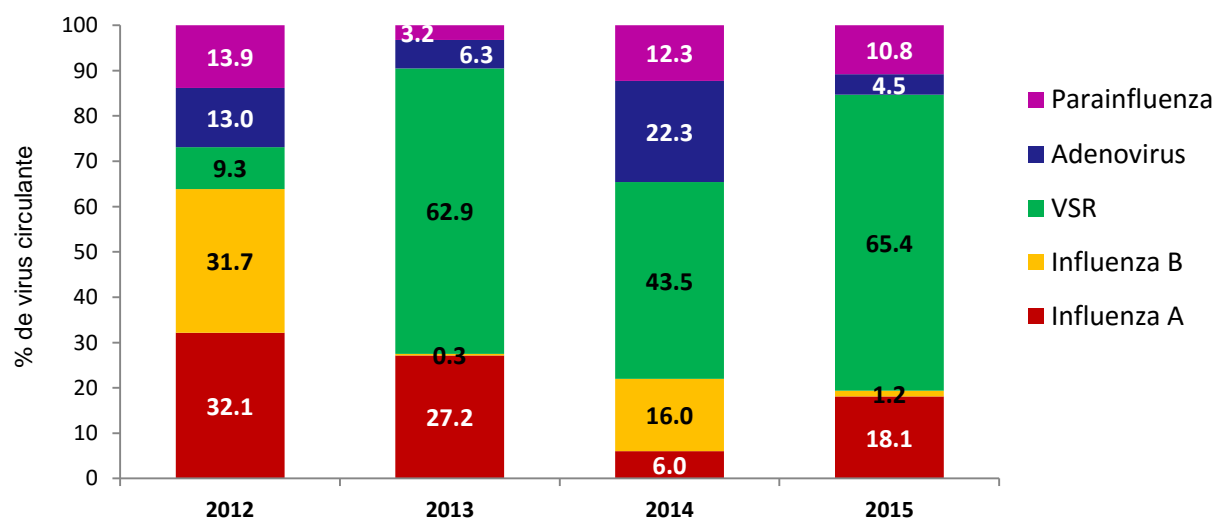
En la actualidad en el país, la vigilancia centinela de IRAG se realiza en 4 hospitales nacionales: Santa Ana, Benjamín Bloom, Cojutepeque y San Miguel, mientras que la vigilancia de ETI se lleva a cabo en 8 Unidades Comunitarias de Salud Familiar: Barrios, Unicentro, Zacamil (en San Salvador), Díaz del Pinal (La Libertad), Periférica de Cojutepeque (Cuscatlán), San Rafael, Tomás Pineda (Santa Ana) y La Presita (San Miguel). A partir de las recomendaciones de OMS/OPS de vigilar eventos respiratorios inusitados, el país desarrolló durante septiembre de 2015 tres talleres de fortalecimiento de las capacidades técnicas de personal multidisciplinario (clínicos, epidemiólogos y laboratorio) del nivel regional y local, para mejorar la identificación, captación, notificación, manejo e investigación de los casos que fueren detectados.

Circulación de virus de influenza según la vigilancia centinela y de laboratorio, El Salvador , 2012 – 2015.



La positividad de detección de virus respiratorios en las muestras obtenidas de la vigilancia centinela evidencia una variación que va de 37% en 2012, 34% en 2013, 19% en 2014 y 27% en 2015.

Proporción de virus de respiratorios circulando por año según la vigilancia centinela y de laboratorio, El Salvador 2012 – 2015



El análisis del período 2012 – 2015 muestra la variación en la circulación de influenza, con una tendencia a la disminución en el tiempo. En 2015, la proporción en la circulación de influenza fue de 19% a predominio de influenza A, comparado con el 64% observado en 2012 en el que circularon en similar proporción tanto influenza A como B.

A partir de 2013, se observa el desplazamiento de influenza por otros virus respiratorios, en particular, el virus sincicial respiratorio que ha sido predominante en los últimos tres años.

Casos sospechosos de Zika SE 01 - 06 de 2016

Resumen	casos
Casos sospechosos (SE 01- 06)	4748
Casos sospechosos en embarazadas (SE 01- 06)	144
Casos confirmados (SE 01-06)	0
Hospitalizados (SE 06)	5
Defunciones (SE 01-06)	0

Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 01 - 06 de 2016

Grupos edad	Total general	tasa
< 1	73	58
1-4	203	41
5-9	205	35
10-19	389	31
20-29	1200	100
30-39	1158	139
40-49	837	121
50-59	467	91
>60	216	31
Total general	4748	74

Casos sospechosos de Zika en embarazadas SE 01- 06 de 2016*

Departamentos	Total general
San Salvador	58
Cabañas	15
San Vicente	13
Chalatenango	12
La Libertad	12
Cuscatlan	11
Santa Ana	7
San Miguel	6
Usulután	4
La Paz	2
Morazan	2
Sonsonate	1
Guatemala	1
Total general	144

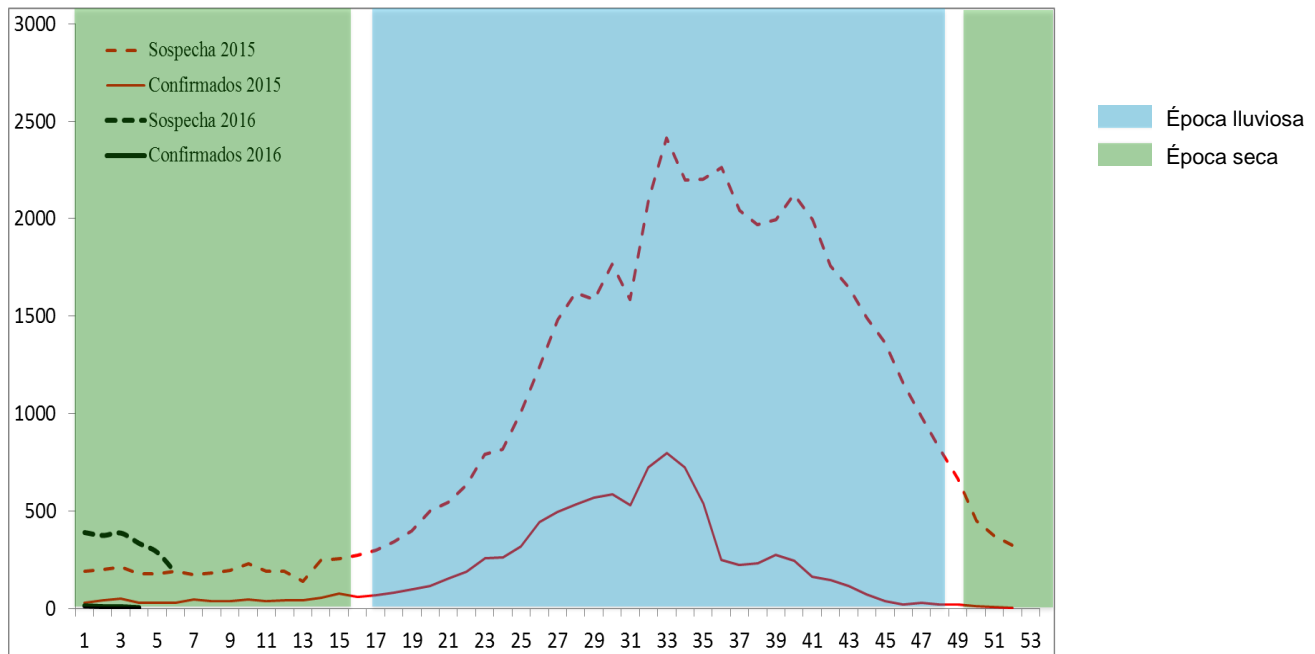
Casos sospechosos de Zika por departamento SE 01- 06 de 2016

Departamento	Total general	Tasa
Chalatenango	352	169
Cuscatlan	364	137
Cabañas	217	130
San Vicente	220	123
San Salvador	1835	105
La Libertad	785	101
Santa Ana	437	74
Morazan	75	37
Ahuachapán	101	29
La Paz	99	29
Usulután	105	28
San Miguel	86	18
La Unión	26	10
Sonsonate	44	9
Guatemala	2	
Total general	4748	74

* Desde la SE 47 a la SE 52 de 2015 se registraron 63 casos de sospecha de Zika en Mujeres Embarazadas

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE6 de 2016



Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE 01 a 06 de 2015-2016 y porcentaje de variación

	Año 2015	Año 2016	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-6)	1137	1957	820	72%
Hospitalizaciones (SE 1-6)	164	325	161	98%
Casos confirmados D+DG (SE 1-4)	141	34	-107	-76%
Casos confirmados Dengue (SE 1-4)	137	31	-106	-77%
Casos confirmados DG (SE 1-4)	4	3	-1	-25%
Fallecidos (SE 1-6)			0	0%

Tasa de letalidad: 0.00%

Hasta la SE6 del presente año (7 al 13 de febrero), se han registrado 1957 casos sospechosos de dengue, lo cual representa un aumento del 72% (820 mas casos) en relación al año 2015. Para el 2016 se han confirmado 34 casos, de los cuales 31 fueron casos con o sin signos de alarma y 3 fue de dengue grave.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE4 del 2016

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000
<1 año	3	2.4
1-4 años	3	0.6
5-9 años	7	1.2
10-14 años	4	0.7
15-19 años	1	0.1
20-29 años	9	0.8
30-39 años	3	0.4
40-49 años	1	0.1
50-59 años	1	0.2
>60 años	2	0.3
	34	0.5

Hasta la SE4 (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 1.2 y 20 a 29 años con 0.8 cada uno.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE4 del 2016

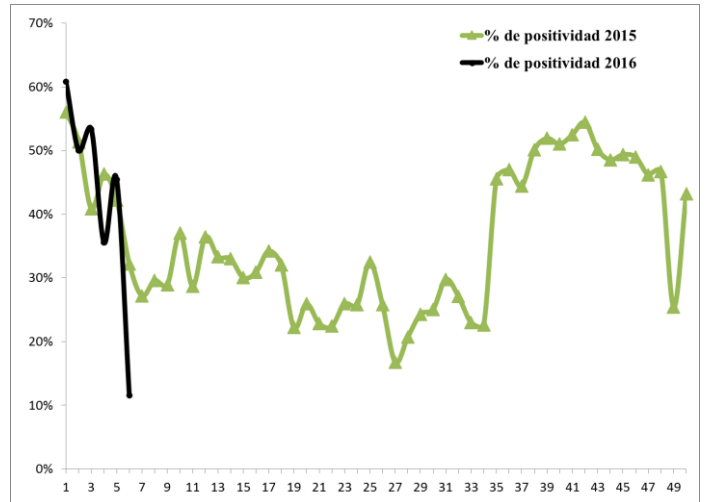
Departamento	Casos	Tasa x 100.000
Cabañas	7	4.2
Chalatenango	7	3.4
Cuscatlan	3	1.1
San Miguel	3	0.6
Morazan	1	0.5
San Salvador	8	0.5
Santa Ana	2	0.3
La Libertad	2	0.3
Sonsonate	1	0.2
Ahuachapan	0	0.0
La Paz	0	0.0
San Vicente	0	0.0
Usulután	0	0.0
La Union	0	0.0
Otros países	0	
	34	0.5

Los departamentos con tasas arriba de la tasa nacional son: Cabañas (4.2), Chalatenango (3.4), Cuscatlán (1.1) y San Miguel (0.6). Los departamentos de Ahuachapán, La Paz, San Vicente, Usulután, y La Unión no han presentado casos.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Muestras positivas para IgM, de casos sospechosos de dengue, SE 06– 2016

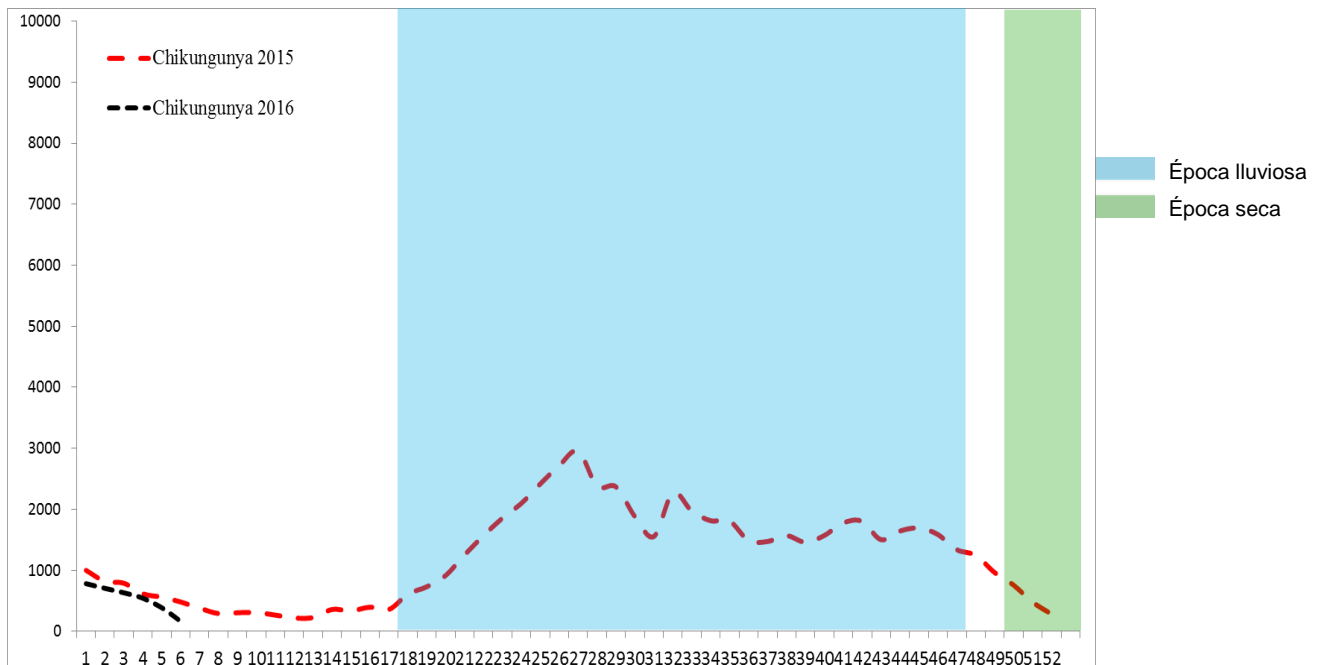
SIBASI	Total muestras	Muestras pos	% pos
Ahuachapán	0	0	0%
Santa Ana	0	0	0%
Sonsonate	3	0	0%
Total región occidental	3	0	0%
Chalatenango	2	0	0%
La Libertad	5	1	20%
Total región central	7	1	14%
Centro	2	2	100%
Sur	1	0	0%
Norte	0	0	0%
Oriente	3	0	0%
Total región metropolitana	6	2	33%
Cuscatlán	1	0	0%
La Paz	2	0	0%
Cabañas	6	0	0%
San Vicente	0	0	0%
Total región paracentral	9	0	0%
Usulután	0	0	0%
San Miguel	0	0	0%
Morazán	0	0	0%
La Unión	1	0	0%
Total región oriental	1	0	0%
Total País	26	3	12%



Las regiones de salud con la mayor positividad para muestras de dengue fueron la metropolitana con 33% y central con 14%.

Los Sibasi con las mayores positivities de muestras fueron Centro 100% y La Libertad con 20% cada uno. Los Sibasi que no enviaron muestras fueron Ahuachapán, Santa Ana, norte, San Vicente, Usulután San Miguel y Morazán.

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE 1 -6 de 2016



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 06 de 2015-2016

	semana 6		acumulado		Diferencia acumulada	% de variación
	Año 2015	Año 2016	Año 2015	Año 2016		
Casos Chikungunya (SE 1-6)	484	164	4279	3236	-1043	-24%
Hospitalizaciones (SE 1-6)	27	8	210	90	-120	-57%
Fallecidos (SE 1-6)	0	0	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-6 de 2016

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	399	192
Cabañas	169	101
Cuscatlán	266	100
Santa Ana	532	90
San Vicente	129	72
La Libertad	454	58
Morazán	95	47
Ahuachapán	152	44
San Salvador	582	33
Sonsonate	152	32
Usulután	98	26
La Paz	70	21
San Miguel	100	20
La Unión	34	13
Guatemala	4	
Total general	3,236	50

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 1-6 de 2016

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	158	126
1-4 años	284	58
5-9 años	239	40
10-19 años	504	40
20-29 años	711	60
30-39 años	598	72
40-49 años	371	54
50-59 años	233	45
>60 años	138	20
Total general	3,236	50

Índices larvarios SE 6 – 2016, El Salvador

No	Departamentos	IC
1	San Salvador	21
2	Usulután	12
3	La Paz	11
4	La Unión	11
5	San Miguel	10
6	Cuscatlán	10
7	Cabañas	9
8	Chalatenango	9
9	Sonsonate	8
10	San Vicente	8
11	Santa Ana	8
12	La Libertad	8
13	Morazán	7
14	Ahuachapán	6
	Nacional	10

Proporción de criaderos encontrados positivos	%
Útiles	91
Inservibles	8
Naturales	0
Llantas	1

Actividades regulares de eliminación y control del vector transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika, durante la SE 06-2016

- ❖ 63,349 viviendas visitadas, inspeccionando 59,646 (94.1%), realizando destrucción y eliminación de criaderos.
- ❖ En 22,797 viviendas se utilizó larvicida granulado al 1%; además 47,893 aplicaciones de fumigación.

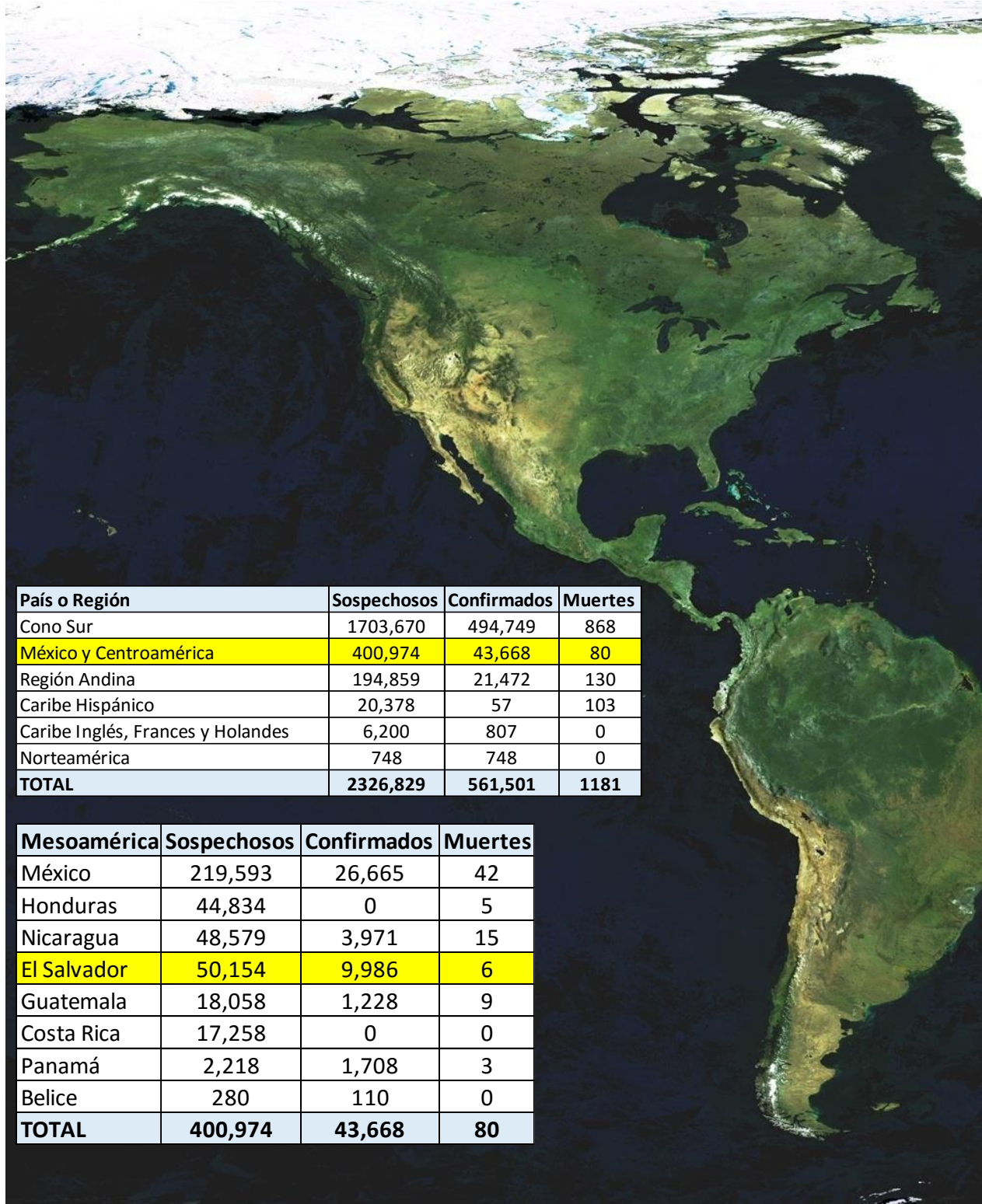
Actividades de promoción y educación para la salud:

- ❖ 13,232 charlas impartidas.
- ❖ 6,767 material educativo distribuido (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano participante 2,869

- ❖ 69% Ministerio de Salud
- ❖ 15% Ministerio de Educación
- ❖ 13% personal de diferentes instituciones de gobierno
- ❖ 3% personal de las alcaldías municipales
- ❖ Con la ejecución de estas actividades se benefició alrededor de 433,370 habitantes.

CASOS DE DENGUE Y DENGUE SEVERO REPORTADO EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS, ACTUALIZADO HASTA LA SE 05 – 2016



País o Región	Sospechosos	Confirmados	Muertes
Cono Sur	1703,670	494,749	868
México y Centroamérica	400,974	43,668	80
Región Andina	194,859	21,472	130
Caribe Hispánico	20,378	57	103
Caribe Inglés, Frances y Holandes	6,200	807	0
Norteamérica	748	748	0
TOTAL	2326,829	561,501	1181

Mesoamérica	Sospechosos	Confirmados	Muertes
México	219,593	26,665	42
Honduras	44,834	0	5
Nicaragua	48,579	3,971	15
El Salvador	50,154	9,986	6
Guatemala	18,058	1,228	9
Costa Rica	17,258	0	0
Panamá	2,218	1,708	3
Belice	280	110	0
TOTAL	400,974	43,668	80

Fuente: PAHO EW 05

Número de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas 2016.
Casos acumulados al 12 de febrero

País/Territorio	Casos de transmisión autóctona		Casos importados	Fallecidos
	Sospechosos	Confirmados		
América del Norte				
Bermuda				
Canada				
Mexico	0	49	0	0
Estados Unidos de América				
<i>Subtotal</i>	0	49	0	0
Istmo Centroamericano				
Belice				
Costa Rica	628	0		
El Salvador	2,881	0		
Guatemala	242	1		0
Honduras	3,348	0		
Nicaragua	1,684	94		0
Panamá				
<i>Subtotal</i>	8,783	95	0	0
Caribe Latino				
Cuba				
República Dominicana				
Guyana Francesa				
Guadalupe				
Haiti				
Martinica				
Puerto Rico	16	0	0	0
San Bartolomé				
San Martín (Francia)				
<i>Subtotal</i>	16	0	0	0
Area Andina				
<i>Subtotal</i>	5,660	88	1	0
Cono Sur				
<i>Subtotal</i>	0	0	8	0
Caribe No-Latino				
<i>Subtotal</i>	0	0	0	0
TOTAL	14,459	232	9	0

Fuente: casos reportados por puntos focales nacionales del RSI o a partir de los websites de los Estados Miembros o informados publicamente por autoridades nacionales

No	Evento	Semanas		Acumulado	Acumulado	Diferencial	Tasa por
		Epidemiológicas					
		5	6			para 2016	habitantes
1	Infección Respiratoria Aguda	42859	42415	251578	236350	(-6)	3658
2	Dengue sospechosos	288	183	1137	1957	(72)	30
3	Chikungunya	390	164	4279	3236	(-24)	50
4	Zika	603	290	-	4748	-	73
5	Diarrea y Gastroenteritis	5226	4185	44856	29074	(-35)	450
6	Parasitismo Intestinal	3353	3061	23518	19136	(-19)	296
7	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1144	1217	6504	6598	(1)	102
8	Neumonías	765	624	4232	4160	(-2)	64
9	Hipertensión Arterial	466	442	3046	2755	(-10)	43
10	Mordido por animal trans. de rabia	340	357	2477	1997	(-19)	31
11	Diabetes Mellitus (PC)	220	193	1715	1423	(-17)	22

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 6- 2016

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 4,846 casos.
- Durante la semana 6 se notificó un total de 4,185 casos, que significa una reducción del -20% (-1,041 casos) respecto a lo reportado en la semana 5 (5,226 casos).
- Comparando casos acumulados de enfermedad diarreica aguda a la semana 6 del año 2016 (29,074 casos) con el mismo período del año 2015 (44,856 casos), se evidencia una disminución de un -35% (-15,782 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 434 casos en Cabañas y 13,763 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 13,763, La Libertad 3,661 y Santa Ana 1,869 casos.
- Del total de egresos por Diarrea, el 51% corresponden al sexo femenino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (69%) seguido de los adultos mayores de 59 años (9%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 6			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	1,015	14	1.38
2015	2,104	4	0.19

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 16 de Febrero 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	2823	1732	311	123	365	328

7

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 6 -2016

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 39,392 casos.
- Durante la semana 6 se notificó 42,415 casos, -1% (-444 casos) menos que lo reportado en la semana 5 (42,859 casos).
- Comparando los casos de la semana 6 del año 2016 se ha notificado un total acumulado de 236,350 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2015 (251,578 casos) significan una disminución del -6% (-15,228 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 5,521 casos en Cabañas a 80,479 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 80,479, La Libertad 25,665 y Santa Ana 16,708.

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	17022	10645	5293	1695	2942	2569

8

NEUMONIAS, EL SALVADOR, SE 6-2016

- El promedio semanal de neumonías es de 693 casos.
- Durante la semana 6 se ha reportado un total de 624 casos, lo que corresponde a una disminución del -18% (-141 casos) respecto a los notificados en la semana 5 (765 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 6 del año 2016 (4,160 casos) con el mismo período del año 2015 (4,232 casos) se observa una disminución de un -2% (-72 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 85 casos en Cabañas y 1,036 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 1,036, San Miguel 609 y Santa Ana 361 casos.
- Del total de egresos por neumonía, el 57% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (66%) seguido de los adultos mayores de 59 años (18%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 6			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	1,266	79	6.24
2015	1,332	71	5.33

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 16 de Febrero 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	991	320	49	8	12	84

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus de influenza y otros virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 06, 2015 – 2016

Resultados de Laboratorio	2015	2016	SE 06-2016
	Acumulado SE 6		
Total de muestras respiratorias analizadas	187	231	46
Muestras positivas a virus respiratorios	44	28	7
Total de virus de influenza (A y B)	15	3	0
Influenza A (H1N1)pdm2009	0	3	0
Influenza A no sub-tipificado	1	0	0
Influenza A H3N2	13	0	0
Influenza B	1	0	0
Total de otros virus respiratorios identificados	29	25	7
Parainfluenza	7	10	4
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	18	7	2
Adenovirus	4	8	1
Positividad acumulada para virus respiratorios	24%	12%	15%
Positividad acumulada específica para Influenza	8%	1%	0%
Positividad acumulada específica para VSR	10%	3%	4%

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y VIRUS RESPIRATORIOS

Los datos de la Actualización Regional en línea: SE 4, 2016 de la OPS publicada el 9 febrero de 2016 reportan:

América del Norte: se ha reportado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en general, sin embargo, la detección de influenza continúa aumentando en Canadá y los Estados Unidos, con predominio de influenza A(H1N1)pdm09; mientras que en México, predomina A(H3N2). La actividad de infecciones respiratorias agudas (IRA) y neumonía se incrementó en México.

Caribe: se reporta baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en la mayoría de países, excepto en Martinica, Puerto Rico y Jamaica, donde se observan algunos indicadores asociados a incremento de influenza.

América Central: la actividad de influenza continúa disminuyendo en esta subregión; aunque se observa circulación activa de influenza en Panamá y Costa Rica, donde también se observa circulación activa de virus sincicial respiratorio (VSR). La actividad de IRA/IRAG (infección respiratoria aguda grave) continúa dentro de los niveles esperados.

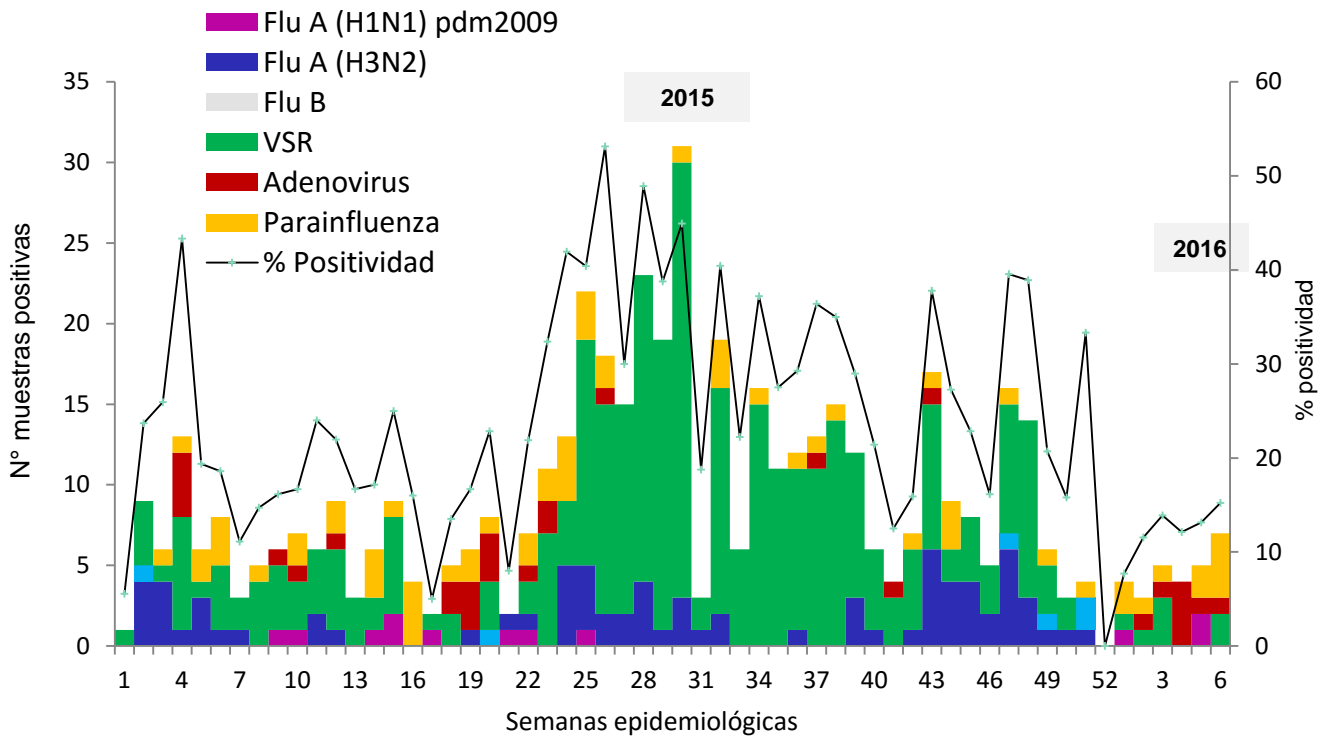
Sub-región Andina: ha sido reportada actividad baja de virus respiratorios en general y la actividad de IRA/IRAG continúa dentro de los niveles esperados.

Brasil y Cono Sur: se reporta baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en general. La actividad de ETI (enfermedad tipo influenza) incrementó en Argentina.

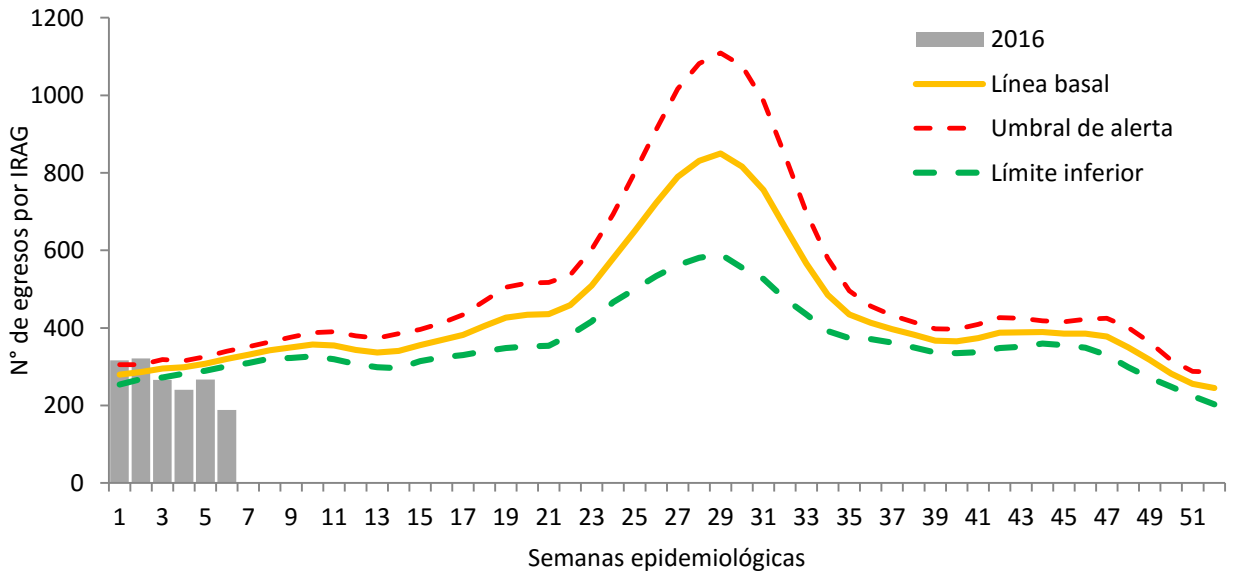
Nivel Global: a nivel mundial, se continúa reportando un aumento en el nivel de actividad de influenza en las zonas templadas del hemisferio norte, siendo influenza A(H1N1)pdm09 el virus más detectado.

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**

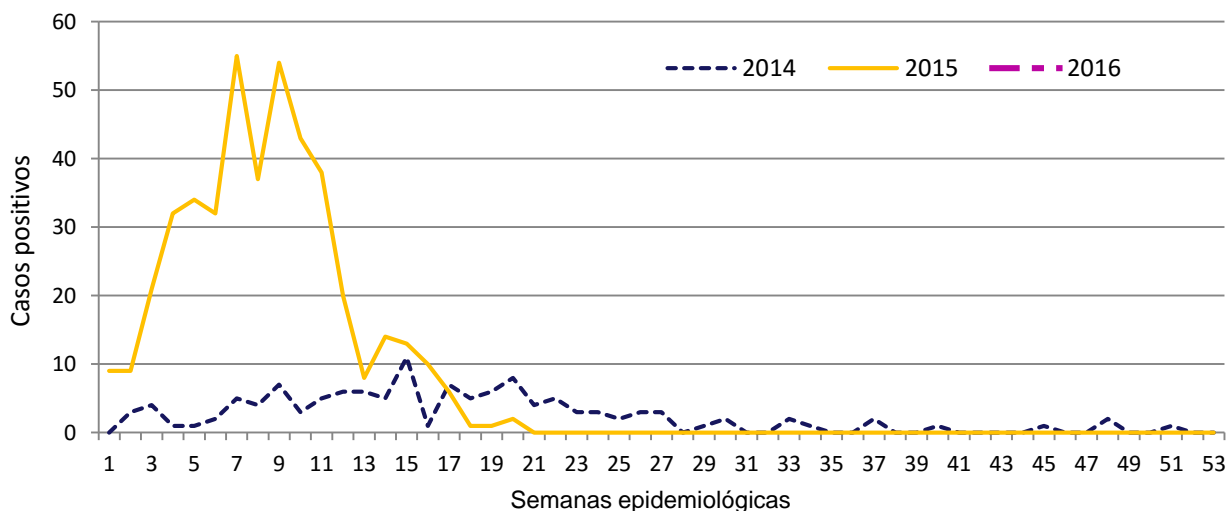


**Gráfico 2.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 06 – 2016**



VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 06, 2014 – 2016



Durante el año 2016, en el período de las semana epidemiológica 1 - 6 se ha notificado un total de 116 casos sospechosos de rotavirus pero **no se reportan resultados positivos**, lo cual se contrasta con lo observado en el mismo período de 2015 donde se tomó muestra a 335 sospechosos y de ellos 139 (41%) fueron positivos, lo que significa para este año una reducción de 41 puntos porcentuales en la positividad acumulada a la semana .

10

MORTALIDAD MATERNA

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 15 de febrero 2016.

Del 01 de enero al 15 de febrero de 2016, de las muertes maternas notificadas se auditaron 5, de las cuales 80.0% (4) fueron clasificadas como de causa directa y 20.0% (1) no relacionada.

De 4 muertes directas, 75.0% (3), ocurrieron en el grupo de edad de 20 a 29 años y 25.0% (1) de 10-19 años de edad.

Las muertes maternas proceden de los departamentos de: San Vicente (1), Santa Ana (1), Chalatenango (1) y La Libertad (1).

Muertes Maternas	2015	2016
Auditadas	8	5
Causa Directa	4	4
Causa Indirecta	2	0
Causa no relacionada	2	1

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

Base de datos muerte materna. (UAIM)

11

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en la Red de hospitales del Ministerio de Salud, 01 de enero al 15 de febrero de 2015-2016. (Se excluyen las muertes de otra nacionalidad).

Del 1 de enero al 15 de febrero de 2016, se notifican 113 muertes menores de 5 años, igual número comparado con el mismo período del 2015 (113 muertes).

Hasta el 15 de febrero del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 88% (99/113), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (99), el 64% (63) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 67% (42) corresponden al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, el 80% (79) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (20), La libertad (14), Santa Ana (10), San Miguel (9), Ahuachapán (7), Sonsonate (7), Usulután (6) y La Unión (6).

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