



Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico Semana 09 (del 25 de Febrero al 3 de Marzo 2018)

CONTENIDO

1. Monografía: Enfermedades transmitidas por alimentos (ETA) – OPS
2. Resumen de eventos de notificación hasta SE 09/2018
3. Situación Epidemiológica de Zika.
4. Situación epidemiológica de Dengue.
5. Situación epidemiológica de CHIK.
6. Enfermedad diarreica Aguda.
7. Infección respiratoria aguda.
8. Neumonías.
9. Situación regional de influenza y otros virus respiratorios.
10. Vigilancia Centinela. El Salvador.
11. Vigilancia Centinela de Rotavirus
12. Funcionamiento de Filtros Escolares (I)

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 09 del año 2018. Para la (elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,129 unidades notificadoras (91.5%) 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 83.6% 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.

Una brote de ETA es definida como un incidente en el que dos o más personas presentan una enfermedad semejante después de la ingestión de un mismo alimento, y los análisis epidemiológicos apuntan al alimento como el origen de la enfermedad. Los brotes pueden involucrar números diferenciados de casos (un individuo afectado es lo que se entiende como "caso"). Un único caso de botulismo, envenenamiento químico o de una enfermedad que no se encuentre en el país, puede ser suficiente para desencadenar acciones relativas a un brote epidémico, debido a la gravedad de la enfermedad provocada por esos agentes. Además, es importante observar que pueden ocurrir casos aislados de enfermedades de origen alimentario.

Los brotes y casos de ETA registrados representan apenas la "punta del iceberg". La probabilidad de que un brote o caso se reconozca y notifique por las autoridades de salud depende, entre otros factores, de la comunicación de los consumidores, del relato de los médicos y de las actividades de vigilancia sanitaria de las secretarías municipales, departamentales y provinciales de salud.

Los alimentos involucrados con más frecuencia en las epidemias y casos de ETA son aquellos de origen animal. En el 48% de las epidemias ocurridas entre 1973 y 1987 en los EUA, donde se identificó el vehículo, los productos involucrados eran carne bovina, huevos, carne porcina, carne de aves, pescados, crustáceos, moluscos, o productos lácteos.

Para que ocurra una ETA, el patógeno o su(s) toxina(s) debe(n) estar presente(s) en el alimento. Sin embargo, la sola presencia del patógeno no significa que la enfermedad ocurrirá. En la mayoría de los casos de ETA:

- El patógeno debe estar presente en cantidad suficiente como para causar una infección o para producir toxinas.
- El alimento debe ser capaz de sustentar el crecimiento de los patógenos, o sea, debe presentar características intrínsecas que favorezcan el desarrollo del agente.
- El alimento debe permanecer en la zona de peligro de temperatura durante tiempo suficiente como para que el organismo patógeno se multiplique y/o produzca toxina. Otras condiciones extrínsecas deben prevalecer para que esta multiplicación y/o producción de toxina sea favorecida.
- Debe ingerirse una cantidad (porción) suficiente del alimento conteniendo el agente, para que la barrera de susceptibilidad del individuo sea sobrepasada.

Las ETA pueden clasificarse en infecciones, intoxicaciones o infecciones mediadas por toxina.

La infección transmitida por alimentos es una enfermedad que resulta de la ingestión de alimentos conteniendo microorganismos patógenos vivos, como Salmonella, Shigella, el virus de la hepatitis A, Trichinella spirallis y otros.

La intoxicación causada por alimento ocurre cuando las toxinas producidas por bacterias o mohos están presentes en el alimento ingerido o elementos químicos en cantidades que afecten la salud.

Las toxinas generalmente no poseen olor o sabor y son capaces de causar la enfermedad incluso después de la eliminación de los microorganismos.

Control sanitario

Las buenas prácticas agropecuarias (BPA) y de manufactura (BPM) son procedimientos que se aplican en la producción primaria y elaboración para garantizar alimentos inocuos.

Las BPA y BPM abarcan muchos aspectos operacionales del establecimiento y del personal.

Los procedimientos de limpieza y desinfección son usados por las empresas productoras y elaboradoras de alimentos para lograr la meta global de producción de alimentos seguros. Cada segmento de la producción primaria y de la elaboración deben disponer de las condiciones necesarias para proteger los alimentos mientras éstos estén bajo su control. Esto será logrado por medio de la aplicación de la BPA y BPM como requisitos previos para la implementación del sistema HACCP.

La existencia y la eficacia de programas de requisitos previos deben ser evaluadas durante la planificación y la implementación de cada plan HACCP.

El Análisis de Peligros y Puntos Críticos de Control (APPCC o HACCP, por sus siglas en inglés) es un proceso sistemático preventivo para garantizar la inocuidad alimentaria, de forma lógica y objetiva.

Generalidades de las buenas practicas

1. Establecimiento: proyecto e instalaciones

1. Objetivos

Dependiendo de la naturaleza de las operaciones y de los riesgos asociados a ella, el lugar, el equipo y las instalaciones deben localizarse, diseñarse y construirse para garantizar que:

- La contaminación sea mínima;
- El proyecto y distribución permitan limpieza, desinfección y mantenimiento adecuados, y eviten la contaminación;
- Las superficies y los materiales, principalmente aquellos que tengan contacto directo con alimentos, no sean tóxicos y, cuando fuera necesario, que sean durables y fáciles de mantener y limpiar;
- Haya disponibles, donde se considere adecuado, instalaciones propias para el control de temperatura, humedad y otros;
- Haya una protección eficaz para impedir el acceso de plagas y su anidación.
- Para permitir un control efectivo de los peligros, se necesitan diseño y construcción relacionado con las Buenas Prácticas.

2. Localización de los establecimientos y del equipamiento

Al decidir dónde instalar los establecimientos procesadores de alimentos, es necesario considerar las fuentes potenciales de contaminación, así como la efectividad de todas las medidas a aplicar para proteger los alimentos. Después de contemplar dichas medidas, el establecimiento debe ser instalado donde no haya amenaza para la inocuidad de los alimentos. Es importante que esté lejos de áreas contaminadas —o sujetas a inundaciones y de actividades industriales, así como de áreas propensas a la infestación por plagas y lugares donde los residuos sólidos o líquidos no puedan removerse de manera eficaz.

Para evitar contaminaciones, el área alrededor de un establecimiento debe mantenerse en condiciones ideales. El mantenimiento incluye, pero no se limita a:

1. equipo almacenado de modo adecuado, recolección de basura y de residuos, corte de césped y control de plagas alrededor del establecimiento;
2. mantenimiento de accesos, jardines y áreas de estacionamiento para que no sean fuente de contaminación en aquellas áreas donde los alimentos están expuestos;
3. drenaje adecuado de áreas que puedan favorecer la contaminación por infiltración, calzados sucios, o por plagas;
4. sistemas de tratamiento de aguas residuales y eliminación adecuada en las áreas donde se exponen los alimentos para que no sean una fuente de contaminación.}

El equipo debe localizarse de modo tal que permita el mantenimiento, limpieza y desinfección adecuados, funcione según el uso propuesto y facilite las buenas prácticas.

a) DISEÑO Y DISTRIBUCIÓN DEL EQUIPO

El diseño y distribución del equipo en los establecimientos procesadores de alimentos deben permitir la aplicación de las buenas prácticas.

Para ofrecer protección contra la contaminación cruzada, debe considerarse que:

- Las actividades deben estar debidamente separadas de manera física o virtual.
- Los edificios y las instalaciones deben diseñarse de tal forma que faciliten las operaciones de manera higiénica, a través del flujo ordenado del proceso, desde la llegada de la materia prima al establecimiento hasta la obtención del producto final.

Los edificios y sus estructuras deben ser, en tamaño, construcción y distribución, adecuados para facilitar el mantenimiento y las operaciones sanitarias en la fabricación de alimentos. Los establecimientos y las instalaciones deben:

1. Proporcionar espacio suficiente para la colocación de cada equipo y para el almacenamiento de materiales;
2. Permitir medidas adecuadas para reducir el potencial de contaminación de alimentos, superficies de contacto con los mismos o de materiales de embalaje con contaminantes físicos, químicos o biológicos.
3. Ser construidos de manera que los pisos, las paredes y los techos puedan limpiarse, desinfectarse y mantenerse en buen estado, donde las pérdidas o condensación, conductos y cañerías no contaminen los alimentos ni las superficies de contacto con los mismos;
4. Proporcionar iluminación adecuada en todas las áreas donde el alimento se examine, procese o almacene;
5. Proporcionar ventilación adecuada o equipo de control para minimizar los olores y vapores (incluido humo nocivo) en áreas donde puedan contaminar a los alimentos.

b) ESTRUCTURAS INTERIORES Y CONEXIONES

Las estructuras dentro de los establecimientos procesadores de alimentos deben ser construidas totalmente con materiales durables, de fácil mantenimiento, limpieza y desinfección.

Las siguientes condiciones específicas deben cumplirse para garantizar la inocuidad del alimento:

- Las superficies de las paredes, divisiones y pisos deben ser construidas con materiales impermeables, sin efecto tóxico para el uso propuesto y de fácil limpieza y desinfección.
- Las paredes y divisiones deben tener superficie lisa y altura adecuada para las operaciones.
- Los pisos deben construirse de tal forma que permitan el drenaje y la fácil limpieza y desinfección.

- El techo y las instalaciones aéreas deben construirse y revestirse con el fin de minimizar la acumulación de suciedad y de condensación, además de facilitar la eliminación de partículas, no es recomendable la colocación de cielorrasos.
- Las ventanas deben ser fáciles de limpiar y estar construidas para minimizar la acumulación de suciedad y condensación, y deben cerrarse con telas removibles y de fácil limpieza, para evitar la entrada de insectos.
- Las puertas deben tener superficies lisas, no absorbentes y deben ser fáciles de limpiar y desinfectar.
- Las superficies de trabajo que entran en contacto directo con los alimentos deben estar en buenas condiciones, tener durabilidad y ser fácil limpieza y desinfección. De preferencia, deben hacerse con materiales lisos, no absorbentes e inalterables frente a alimentos, detergentes y desinfectantes.
- El área externa debe diseñarse, construirse y mantenerse para prevenir el ingreso de
- contaminantes y plagas. No debe haber ningún orificio sin protección. Las aberturas para entrada de aire deben estar en lugares adecuados. Los techos, paredes y pisos deben tener mantenimiento permanente...
- El sistema de drenaje y cloacas debe estar equipado con cierres adecuados.
- Los establecimientos deben ser diseñados y construidos de tal forma que no ocurra ninguna conexión cruzada entre el sistema de cloacas y cualquier efluente de residuos.
- Los efluentes o las vías de desagüe sanitario no deben pasar directamente por encima o a través de las áreas de producción, a no ser que haya un control riguroso.
- Revestimientos, pinturas, sustancias químicas, lubricantes y otros materiales o equipos no deben contribuir a la contaminación del alimento.

c) EQUIPAMIENTO

El equipo y los recipientes que entren en contacto con el alimento deben ser diseñados y construidos de modo tal que garanticen limpieza, desinfección y mantenimiento adecuados. El equipo y los recipientes deben hacerse con materiales que no tengan efecto tóxico. El equipo debe ser durable, móvil y desmontable cuando sea posible, para permitir el mantenimiento, la limpieza, la desinfección y el monitoreo.

Los elaboradores deben tener un programa de mantenimiento preventivo eficaz, por escrito, para garantizar que el equipo se mantenga en condiciones de trabajo. Ese programa debe incluir:

- Una lista del equipo al que es necesario hacerle mantenimiento periódico.
- Los procedimientos y la frecuencia de mantenimiento (por ejemplo: inspección del equipo, ajustes y sustitución de piezas), basados en el manual del equipo o incluso en las condiciones operativas que puedan afectar la condición del mismo.

Monitoreo de alimentos

El equipo debe permitir monitorear y controlar la temperatura, la humedad, el flujo de aire, Ph, AW, detector de metales, rayos X, etc. que puedan perjudicar la inocuidad del alimento. Esas exigencias deben garantizar que:

- Los contaminantes biológicos, físicos o químicos sean eliminados o reducidos,
- Los límites críticos establecidos en los planes HACCP puedan ser controlados;

Recipientes para residuos y sustancia no comestibles

Los recipientes para residuos o similares y sustancias no comestibles o peligrosas, deben estar identificados, debidamente contruidos y —cuando corresponda— hechos de material impermeable y de fácil limpieza y desinfección. Los recipientes usados para almacenar sustancias peligrosas deben estar identificados y, si fuera necesario, completamente cerrados para evitar la contaminación del alimento.

d) INSTALACIONES

Abastecimiento de agua

El agua debe ser suficiente para las operaciones propuestas y provenientes de una fuente segura. El agua que entra en contacto con el alimento o superficie, debe ser segura y con calidad sanitaria adecuada.

El agua corriente debe suministrarse a una temperatura adecuada y con la presión necesaria a todas las áreas donde se elaboran alimentos y se limpian utensilios, materiales de embalaje y equipo, además de a las instalaciones sanitarias para los empleados.

Siempre que sea necesario, se debe disponer de instalaciones adecuadas para el acopio y distribución de agua, y para el control de temperatura, a fin de garantizar la inocuidad del alimento.

El agua potable debe atender los parámetros de calidad establecidos en las directrices más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El agua no potable (para uso, por ejemplo, en control de incendios, producción de vapor, refrigeración y otros fines, y que no entra en contacto con el alimento) debe tener un sistema separado de cañerías.

Deben identificarse los sistemas de agua no potable (no pueden estar en contacto con los sistemas de agua potable) y cuidar para que no ocurra su reflujo.

Desagüe y disposición de los residuos

Debe disponerse de desagües adecuados, así como de sistemas e instalaciones de disposición de residuos, proyectados y construidos para evitar el riesgo de contaminación del alimento o del abastecimiento de agua potable.

Limpieza y desinfección

Las instalaciones deben ser diseñadas adecuadamente para facilitar su limpieza y desinfección; deben tener, donde sea conveniente, provisión de agua segura fría y caliente.

Higiene personal y baños

Deben proveerse instalaciones para higiene personal que garanticen procedimientos que eviten la contaminación de los alimentos. Cuando corresponda, las instalaciones deben proporcionar:

- Los medios para lavar, desinfectar y secar las manos de manera adecuada, incluidos lavatorios y abastecimiento de agua caliente y fría (o a temperatura conveniente), jabón, desinfectante (cuando fuera necesario) y toallas descartables de papel o sistema de aire caliente.
- lavatorios con diseño higiénico y localización adecuadas, que faciliten su uso por el empleado, después de usar las instalaciones sanitarias; y
- vestuarios adecuados para los empleados.

Dichas instalaciones deben estar bien localizadas, no en contacto directo con áreas donde se procese el alimento.

Manejo de temperatura

Dependiendo de la naturaleza de las operaciones del alimento a elaborarse, debe disponerse de instalaciones adecuadas para calentar, enfriar, cocinar, refrigerar y congelar los alimentos; separar los refrigerados o congelados; supervisar su temperatura y, cuando fuera necesario, controlar la temperatura de los ambientes, para garantizar la inocuidad.

Calidad del aire y ventilación

Deben proporcionarse mecanismos adecuados de ventilación natural o mecánica, especialmente para:

Minimizar la contaminación de los alimentos por vía aérea, a través de aerosoles y gotas de condensación;

Controlar la temperatura de los ambientes;

Controlar la humedad, donde sea necesario, para garantizar la inocuidad del alimento.

Los sistemas de ventilación deben proyectarse y construirse de tal forma que el aire no circule entre áreas contaminadas y limpias, y puedan ser sometidos a mantenimiento y limpieza adecuados cuando sea necesario.

Iluminación

Debe haber iluminación natural o artificial adecuada para permitir las operaciones de una manera higiénica. La iluminación no debe alterar los colores y la intensidad debe ser adecuada a la naturaleza de las operaciones. Las lámparas suspendidas, cuando sea necesario, deben estar protegidas para evitar la contaminación en caso de roturas.

Almacenamiento

Los establecimientos deben proveer instalaciones adecuadas para el almacenamiento de alimentos, materias primas y productos químicos.

Las instalaciones para el almacenamiento deben diseñarse y construirse con el objetivo de:

- Permitir el mantenimiento y limpieza adecuados;
- Evitar el acceso de plagas y la nidación;
- Permitir que se proteja el alimento de modo eficaz.
- Proporcionar un ambiente que minimice el deterioro de los alimentos (por ejemplo, a través del control de temperatura y humedad).

El tipo de instalación necesaria para el almacenamiento dependerá de la naturaleza de lo almacenado.

Fuente: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=10836%3A2015-enfermedades-transmitidas-por-alimentos-eta&catid=7678%3Ahaccp&Itemid=41432&lang=pt

2

Resumen de eventos de notificación hasta SE 09/2018

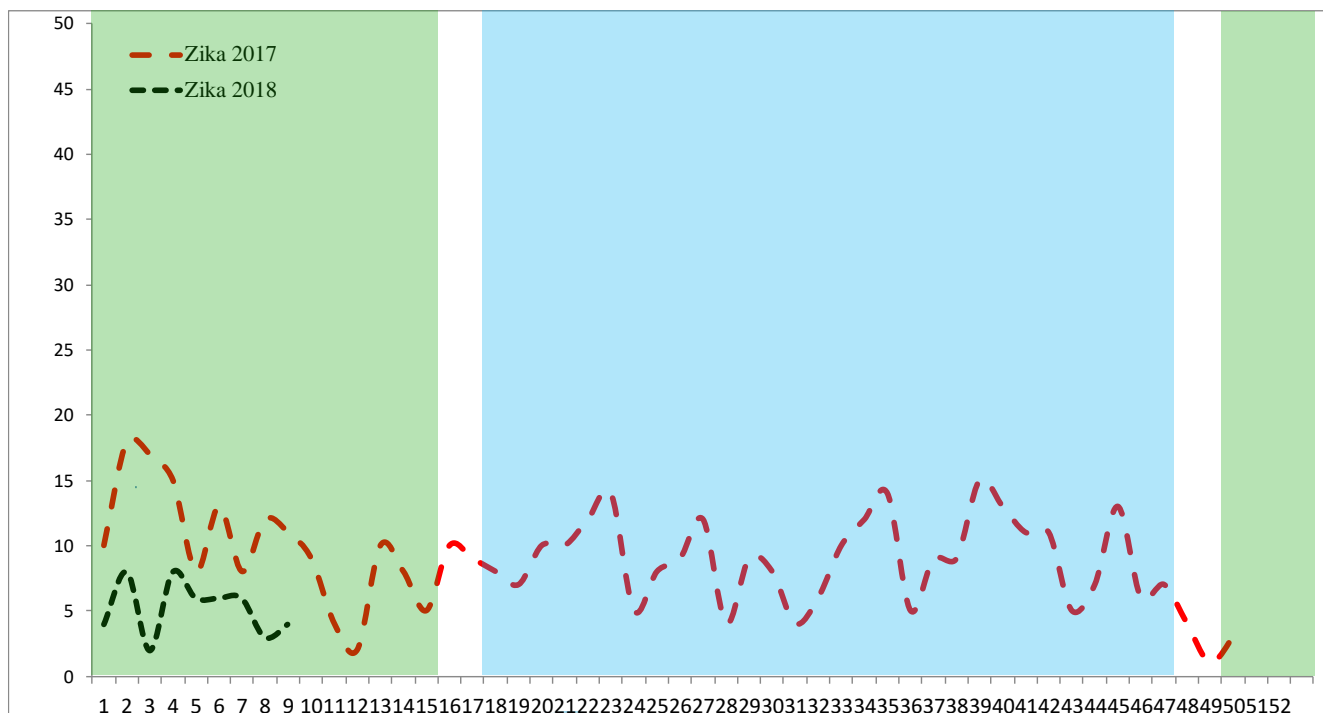
No	Evento	Semana	Acumulado		Diferencia	(%)
		Epidemiológica	2017	2018	Absoluta	Diferencial para 2018
		9				
1	Infección Respiratoria Aguda	38,732	345,672	326,229	19,443	(-6)
2	Dengue sospechosos	85	621	660	39	(6)
3	Chikungunya	2	113	43	70	(-62)
4	Zika	4	112	47	65	(-58)
5	Paludismo Confirmado *	1	0	1	1	(0)
6	Diarrea y Gastroenteritis	5,507	86,917	50,026	36,891	(-42)
7	Parasitismo Intestinal	3,015	32,995	25,540	7,455	(-23)
8	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1,118	9,395	8,979	416	(-4)
9	Neumonías	575	5,805	4,434	1,371	(-24)
10	Mordido por animal trans. de rabia	398	3,660	3,833	173	(5)

* Casos importados

3

Situación epidemiológica de zika

Casos sospechosos y confirmados de Zika SE 01-52 2017 y SE 01-09 de 2018



Resumen casos sospechosos de Zika SE1 a SE9 de 2018

	Año 2017	Año 2018	Diferencia	% de variación
Casos Zika (SE 1-9)	112	47	-65	-58%
Fallecidos (SE 1-9)	0	0	0	0%

Para las primeras 9 semanas de 2018, se tuvo un acumulado de 47 casos sospechosos, lo cual significa una reducción de 58% en la tendencia de casos, respecto del año 2017 ya que para el mismo periodo se registró 112 sospechosos.

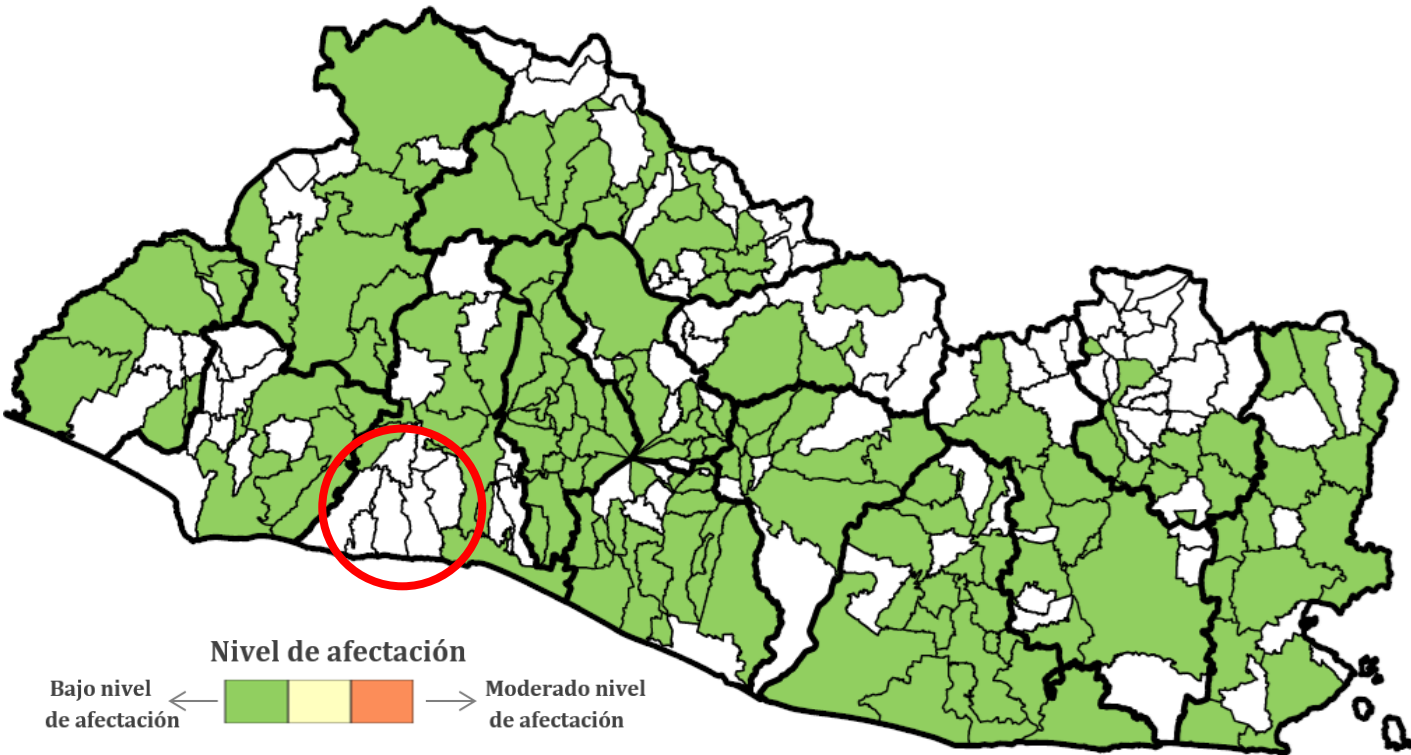
Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 1 a SE9 de 2018

Grupos edad	Total	tasa
< 1	13	11.7
1-4	5	1.1
5-9	0	0.0
10-19	3	0.2
20-29	12	0.9
30-39	4	0.4
40-49	4	0.6
50-59	4	0.7
>60	2	0.3
Total general	47	0.7

La tasa acumulada de la SE 7 refleja un incremento en el grupo < 1 con una tasa de 12, seguido por el de 20 a 29 y el de 1 a 4 años con una tasa de 1 que sobrepasa la tasa nacional 0.7

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Nueva estratificación de municipios en base a criterios epidemiológicos y entomológicos para Arbovirosis, El Salvador **Enero 2018**.



Nivel de alerta	No.
Municipios con afectación grave	0
Municipios con afectación moderada	0
Municipios con afectación leve	153
Municipios sin afectación	109

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

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

SOBRE SITUACION EPIDEMIOLÓGICA:

- No hay ningún municipio con afectación grave en el territorio Salvadoreño.
- **Hay 153 municipios a nivel nacional con niveles de afectación leve y 109 fuera de cualquier tipo de alerta**
- Todos los municipios han alcanzado niveles de leve o ninguna afectación.
- Los municipios costeros de la Libertad donde se desarrolla el proyecto de control biológico con alevines continúan representando un Clúster de municipios sin ningún tipo de afectación por enfermedades arbovirales.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Casos sospechosos de Zika por departamento y municipios SE 1-9 de 2018

Departamentos	acumu	Tasa
Chalatenango	4	1.9
Cabañas	3	1.8
San Vicente	3	1.6
San Miguel	5	1.0
Sonsonate	5	1.0
San Salvador	13	0.7
La Libertad	5	0.6
La Paz	2	0.5
Santa Ana	3	0.5
Cuscatlan	1	0.4
La Union	1	0.4
Ahuachapan	1	0.3
Usulután	1	0.3
Morazan	0	0.0
Guatemala	0	
Honduras	0	
Total general	47	0.7

La tasa nacional acumulada 1 caso por 100,000h. Los departamentos con tasas más altas por encima de la tasa nacional son: Chalatenango, Cabañas, San Vicente, San Miguel, Sonsonate y San Salvador.

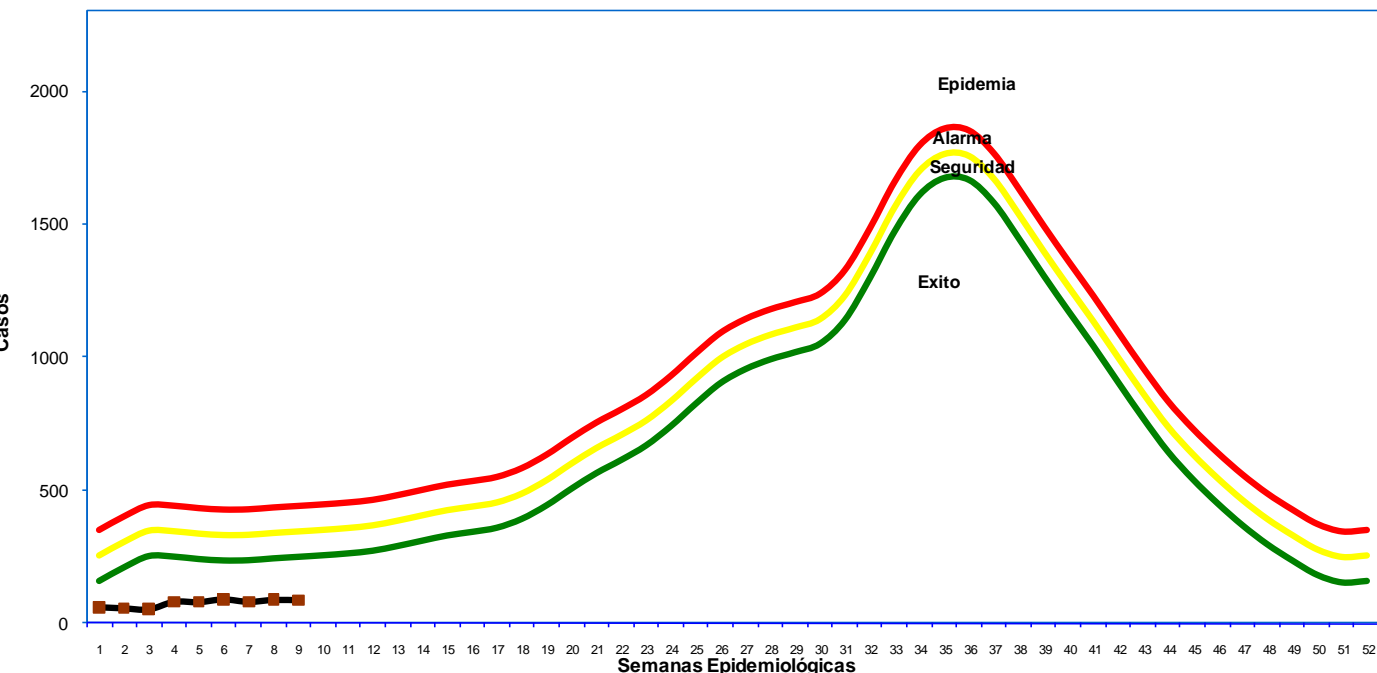
Casos y tasas de sospechosos de Zika en embarazadas SE 1-9 de 2018

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

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

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Corredor epidémico de casos sospechosos de dengue, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2017, casos sospechosos SE1-9 de 2018



Hasta la SE9 del presente año, la tendencia de los casos sospechosos notificados en el VIGEPES similar a la del 2017, los casos se encuentran en zona de éxito.

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1-9 de 2017-2018 y porcentaje de variación

	Año 2017 SE1-8	Año 2018 SE1-8	Diferencia	% de variación
Casos probable de dengue (SE 1-7)	18	15	-3	-17%
Casos confirmados con y sin signo de alarma (SE 1-8)	4	4	0	0%
Casos confirmados dengue grave (SE 1-8)	0	0	0	0%
Total casos confirmados Dengue (SE 1-8)	4	4	0	0%
Hospitalizaciones (SE 1-9)	113	153	40	35%
Fallecidos (SE 1-9)	0	0	0	0%

Hasta SE7 se han presentado, 15 casos probables durante el 2018, lo que representa un aumento del 17% en comparación al 2017. Hasta la SE8, se ha confirmado cuatro casos, para el mismo periodo en el 2017 se había confirmado 4. Hasta la SE8 del presente año, se ha presentado una aumento de las hospitalizaciones del 35% (40 casos mas) en relación al año 2017.

Casos probables de dengue SE7 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE8, por grupos de edad, 2018

Grupo de edad	Probables SE7	Confirmados SE8	Tasa x 100.000
<1 año	1	0	0.00
1-4 años	5	1	0.22
5-9 años	3	1	0.18
10-14 años	2	1	0.17
15-19 años	2	0	0.00
20-29 años	1	0	0.00
30-39 años	1	0	0.00
40-49 años	0	1	0.14
50-59 años	0	0	0.00
>60 años	0	0	0.00
	15	4	0.06

Hasta la SE8, se ha confirmado cuatro casos: uno en cada uno de los grupos: 1 a 4 años, 5 a 9, 10 a 14 años y 40 a 49 años. La tasa nacional es de 0.06 por 100,000 habitantes

Casos probables de dengue SE7 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE8, por departamento, 2018.

Departamento	Probables SE7	Confirmados SE8	Tasa x 100.000
Chalatenango	4	1	0.5
Santa Ana	3	2	0.2
San Salvador	4	1	0.0
Ahuachapán	1	0	0.0
Sonsonate	1	0	0.0
La Libertad	2	0	0.0
Cuscatlán	0	0	0.0
La Paz	0	0	0.0
Cabañas	0	0	0.0
San Vicente	0	0	0.0
Usulután	0	0	0.0
San Miguel	0	0	0.0
Morazán	0	0	0.0
La Unión	0	0	0.0
Otros países	0	0	
	15	4	0.06

Hasta la SE8, se ha confirmado cuatro casos: 1 en Chalatenango, 2 en Santa Ana y 1 en San Salvador. La tasa nacional es de 0.06 por 100,000 habitantes

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Resultados de muestras de casos sospechosos de dengue, SE 1-9 2018

Tipo de Prueba	SE 9			SE 1-9		
	Pos	Total	%pos	Pos	Total	%pos
PCR	0	0	0	0	3	0
NS1	2	13	15.4	4	104	3.8
IGM	0	8	0	18	132	13.6
Total	2	21	9.5	22	239	9.2

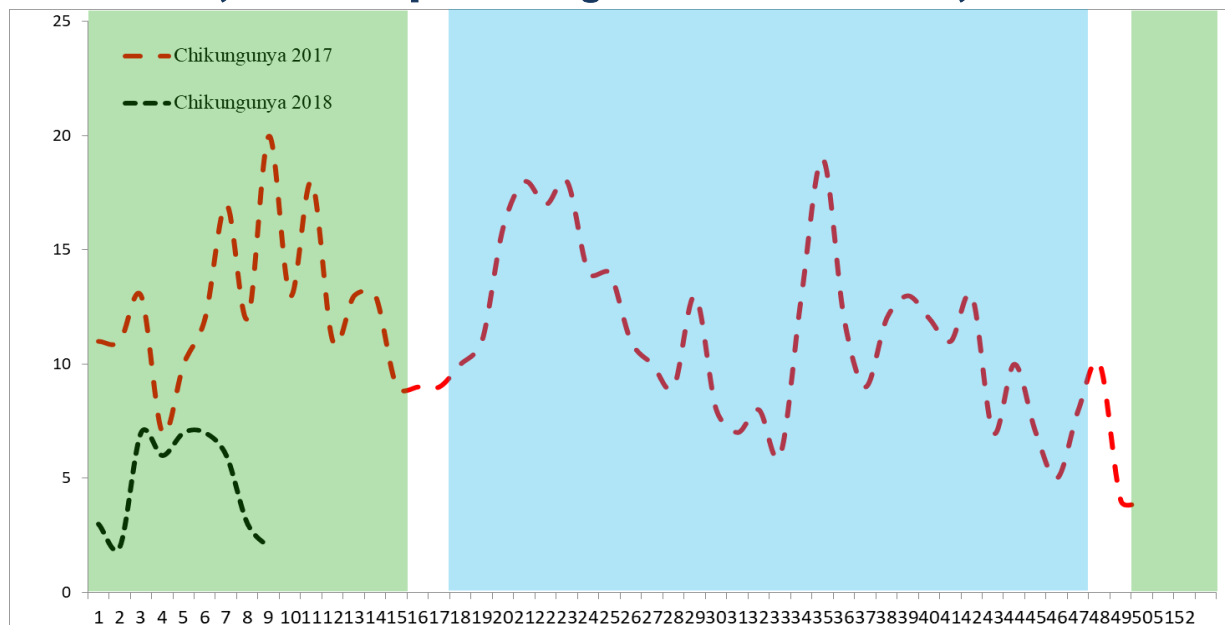
El total de las muestras procesadas hasta la SE9 fueron 239, con una positividad del 9.2% (22 muestras). Las muestras procesadas en la SE9 fueron 21, con una positividad de muestras del 5% (2).

Hasta la SE9 se han procesado 3 muestra para PCR, todas negativas. En la SE9 no se procesaron muestras. Las muestras procesadas de NS1 hasta la SE9 fue 104, para una positividad del 3.8% (4). Para la SE9 se procesaron 13 muestras, para una positividad del 15.4% (2).

La positividad de muestras procesadas de IgM hasta la SE9 fue 13.6% (18). Para la SE8 la positividad de las muestras fue del 0% (0).

5

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2017, SE 1-9 de 2018



Índices larvarios por departamento y proporción de criaderos detectados. SE 09 – 2018, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	18
Usulután	11
La Unión	11
La Paz	10
Ahuachapán	8
San Vicente	7
Morazán	7
Chalatenango	7
Santa Ana	6
Sonsonate	5
La Libertad	5
Cuscatlan	5
San Miguel	5
Cabañas	4
Nacional	8

Depósitos	Porcentaje
Útiles	90
Inservibles	9
Naturales	0
Llantas	1

Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y zika SE 09 – 2018

- 32334 viviendas visitadas, inspeccionando 31375 (97%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos de zancudos, Población beneficiada 192329 personas.
- En 11,585 viviendas se utilizó 813 Kg. de larvicida granulado al 1% y en el resto ya tenían la aplicación de larvicida, lavado de los depósitos, tapado, embrocado, eliminado o peces como control biológico de las larvas de zancudos.
- Entre las medidas observadas y realizadas, se encontró que de 144881 depósitos inspeccionados; 4618 (3.19%) tienen como medida de control larvario peces, 144881 abatizados, lavados, tapados entre otros (76.9%) y 28854 eliminados como inservibles (19.91%)
- Se fumigación 4244 viviendas y 315 áreas colectivas (Centros educativos, iglesias, instalaciones de instituciones entre otros)
- 45 Controles de foco realizados con medidas integrales. (Búsqueda tratamiento o eliminación de criaderos de zancudos, búsqueda activa de febriles, educación, fumigación intra y peridomiciliar en un radio de 100 metros)
- 966 Áreas colectivas tratadas con medidas integrales de búsqueda tratamiento o eliminación de criaderos de zancudos.

Actividades de educación para la salud realizadas por personal de vectores

- 7789 charlas impartidas.
- 19 horas de perifoneo
- 1525 material educativo distribuido (Hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso Humano intersectorial participante 1466

- 81 % Ministerio de Salud.
- 3 % Alcaldías Municipales.
- 16 % personal de diferentes instituciones públicas, privadas y comunitarias.

Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 1-9 de 2017-2018

	Semana 09		Diferencia	% de variación
	Año 2017	Año 2018		
Casos Chikungunya (SE 1-9)	113	43	-70	-62%
Hospitalizaciones (SE 1-9)	11	4	-7	-64%
Fallecidos (SE 1-9)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-9 de 2018

Departamentos	Total general	Tasa
Chalatenango	6	2.90
Cuscatlán	6	2.23
San Salvador	16	0.89
Cabañas	1	0.59
La Paz	2	0.55
San Vicente	1	0.54
Santa Ana	3	0.51
San Miguel	2	0.40
Sonsonate	2	0.39
La Libertad	3	0.37
Ahuachapán	1	0.27
Usulután	0	0.00
Morazán	0	0.00
La Unión	0	0.00
Guatemala		
Honduras		
Total general	43	0.65

En el porcentaje acumulado hasta la SE09 del 2018, se registra una notable tendencia a la reducción en el número de casos. Al comparar los datos de este año con el período similar de 2017, se ha experimentando una importante reducción porcentual de 62% de casos sospechosos.

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

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

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 1-9 de 2018

Grupos edad	Total general	Tasa
<1 año	3	2.71
1-4 años	4	0.90
5-9 años	3	0.53
10-19 años	7	0.55
20-29 años	11	0.83
30-39 años	10	1.10
40-49 años	2	0.28
50-59 años	2	0.36
>60 años	1	0.13
Total general	43	0.65

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

- El promedio de casos semanal de enfermedad diarreica aguda es de 5,558 casos.
- Durante la semana 9 se reporta una tasa de 84 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 36 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 8 (120 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 9 del año 2018 (760 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2017 (1,321 casos x100mil/hab.), se evidencia una reducción en el riesgo (561 casos x100mil/hab.).
- Del total de egresos por Diarrea, el 54% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (72%) seguido de los adultos mayores de 59 años (7%).

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 9

Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2018	1,467	9	0.61
2017	4,468	7	0.16

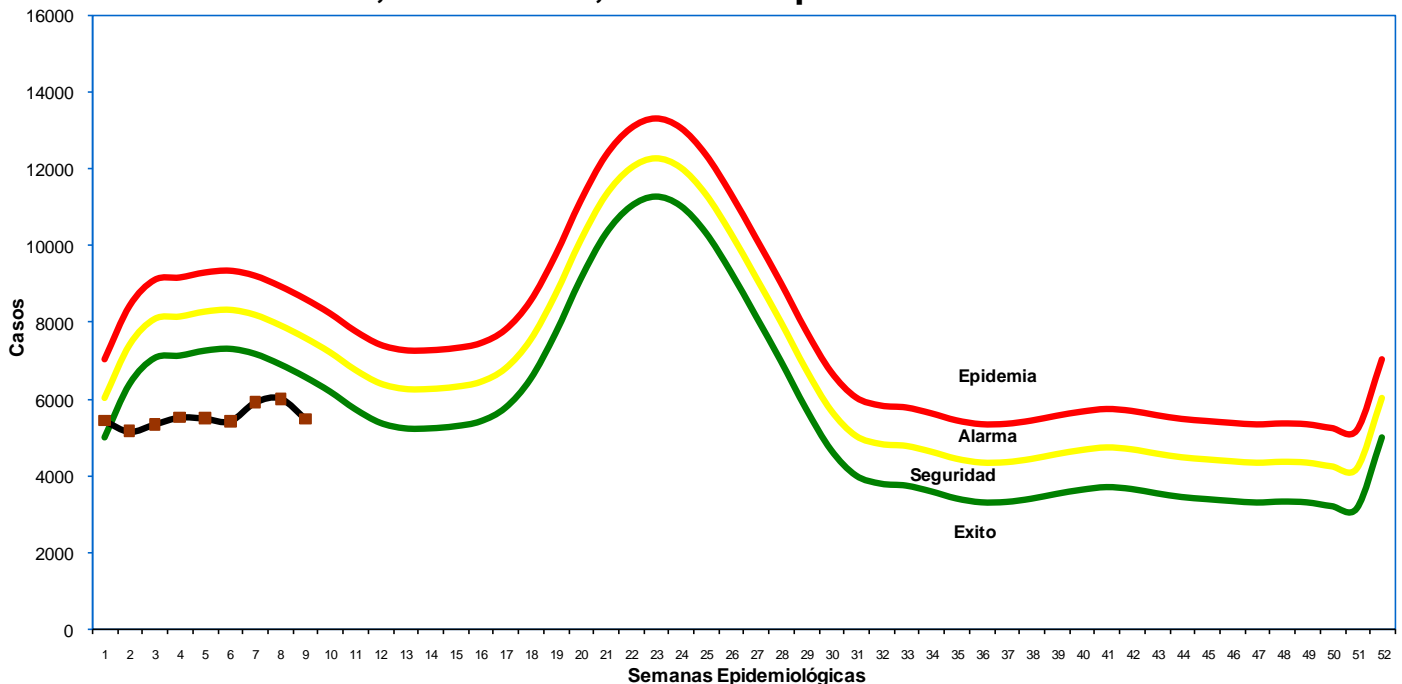
Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 6 de marzo 2018, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de EDAS, SE09 de 2018

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	4,755	4272
1-4 años	11,377	2547
5-9 años	3,237	571
10-19 años	2,760	213
20-29 años	9,053	696
30-39 años	6,499	738
40-49 años	4,826	674
50-59 años	3,620	678
>60 años	3,899	536
Total general	50,026	760

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
San Salvador	25,049	1,402
La Libertad	5,779	719
Usulután	2,221	592
San Vicente	1,066	579
San Miguel	2,823	565
Chalatenango	1,115	544
La Paz	1,872	516
Cabañas	826	493
Sonsonate	2,496	493
Santa Ana	2,754	467
Cuscatlán	1,115	419
La Unión	1,054	393
Morazan	684	336
Ahuachapán	1,172	322
Total general	50,026	760

Corredor epidémico de casos de diarreas, según fecha de inicio de síntomas, 2012 - 2018, casos sospechosos SE-09 de 2018



- El promedio de casos semanal de Infección Respiratoria Aguda es de 36,248 casos.
- Durante la semana 9 se reporta una tasa de 588 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 4 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 8 (592 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 9 del año 2018 (4,956 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2017 (5,252 casos x100mil/hab.), que significa una reducción de riesgo de 296 casos x100mil/hab.

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de IRAS, SE-09 de 2018

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000	Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	25,942	23,308	Chalatenango	14,218	6,938
1-4 años	69,967	15,662	San Salvador	119,670	6,699
5-9 años	47,554	8,382	Usulután	20,619	5,500
10-19 años	28,040	2,162	San Miguel	26,503	5,301
20-29 años	41,667	3,204	San Vicente	8,838	4,800
30-39 años	36,551	4,148	Morazan	9,227	4,529
40-49 años	31,360	4,378	Cabañas	7,254	4,329
50-59 años	22,338	4,186	Sonsonate	20,618	4,070
>60 años	22,810	3,134	La Libertad	32,443	4,036
Total general	326,229	4,956	La Unión	10,524	3,921
			Ahuachapán	13,237	3,642
			La Paz	13,152	3,627
			Santa Ana	21,176	3,594
			Cuscatlán	8,750	3,287
			Total general	326,229	4,956

Neumonías, El Salvador, SE 9-2018

- El promedio de casos semanal de Neumonía es de 493 casos.
- Durante la semana 9 se reporta una tasa de 9 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 2 caso x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 8 (11 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 9 del año 2018 (67 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2017 (88 casos x100mil/hab.), se evidencia una reducción en el riesgo (21 casos x100mil/hab.).
- 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 (55%) seguido de los adultos mayores de 59 años (24%).

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 9

Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2018	1,448	117	8.08
2017	2,102	106	5.04

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 6 de marzo 2018, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de NEUMONIAS, SE-09 de 2018

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	1,171	1052
1-4 años	1,550	347
5-9 años	361	64
10-19 años	119	9
20-29 años	111	9
30-39 años	104	12
40-49 años	124	17
50-59 años	143	27
>60 años	751	103
Total general	4,434	67

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
La Union	364	136
San Miguel	664	133
Usulután	458	122
Morazan	218	107
Chalatenango	173	84
San Vicente	155	84
La Paz	279	77
Cabañas	106	63
Santa Ana	340	58
San Salvador	1,001	56
Ahuachapán	175	48
La Libertad	316	39
Cuscatlán	98	37
Sonsonate	87	17
Total general	4,434	67

Informe de situación de influenza, actualización Regional (OPS/OMS) Reporte SE 07 de 2018

Los datos de la última actualización regional en línea de la OPS correspondientes a la semana epidemiológica 07 – 2018 y publicada el 28 de febrero de 2018 reportan :

América del Norte: en general, la actividad de influenza continuó en aumento según lo esperado para el período en Canadá, México y los Estados Unidos. Influenza A(H3N2) e influenza B co-circularon en la sub-región. En los Estados Unidos y Canadá, la actividad de enfermedad tipo influenza (ETI) aumentó por encima de los umbrales estacionales, en tanto en México se registró un incremento de actividad de infección respiratoria aguda grave (IRAG) y ETI dentro de lo esperado.

Caribe: la actividad de influenza aumentó y se reportó una actividad disminuida de virus sincicial respiratorio (VSR) en la mayoría de países de la subregión. La actividad de influenza continuó elevada en Haití, territorios franceses, Jamaica y Puerto Rico en semanas recientes con co-circulación de influenza A(H1N1), A(H3N2) e influenza B. En Santa Lucía, la actividad de ETI aumentó en semanas recientes.

América Central: los indicadores epidemiológicos permanecieron en niveles moderados y se informó que la circulación de influenza y de VSR se encuentran en descenso en toda la subregión. En Panamá, fue reportada actividad disminuida de VSR en las últimas semanas.

Sub-región Andina: la actividad general de influenza y otros virus respiratorios permaneció estable en la subregión. La actividad de IRAG asociada a influenza disminuyó en Ecuador. En Colombia, se reportó actividad alta pero estable de influenza; mientras que en Perú, la actividad de IRA y neumonía permaneció dentro de lo esperado, con mayores detecciones de influenza en general.

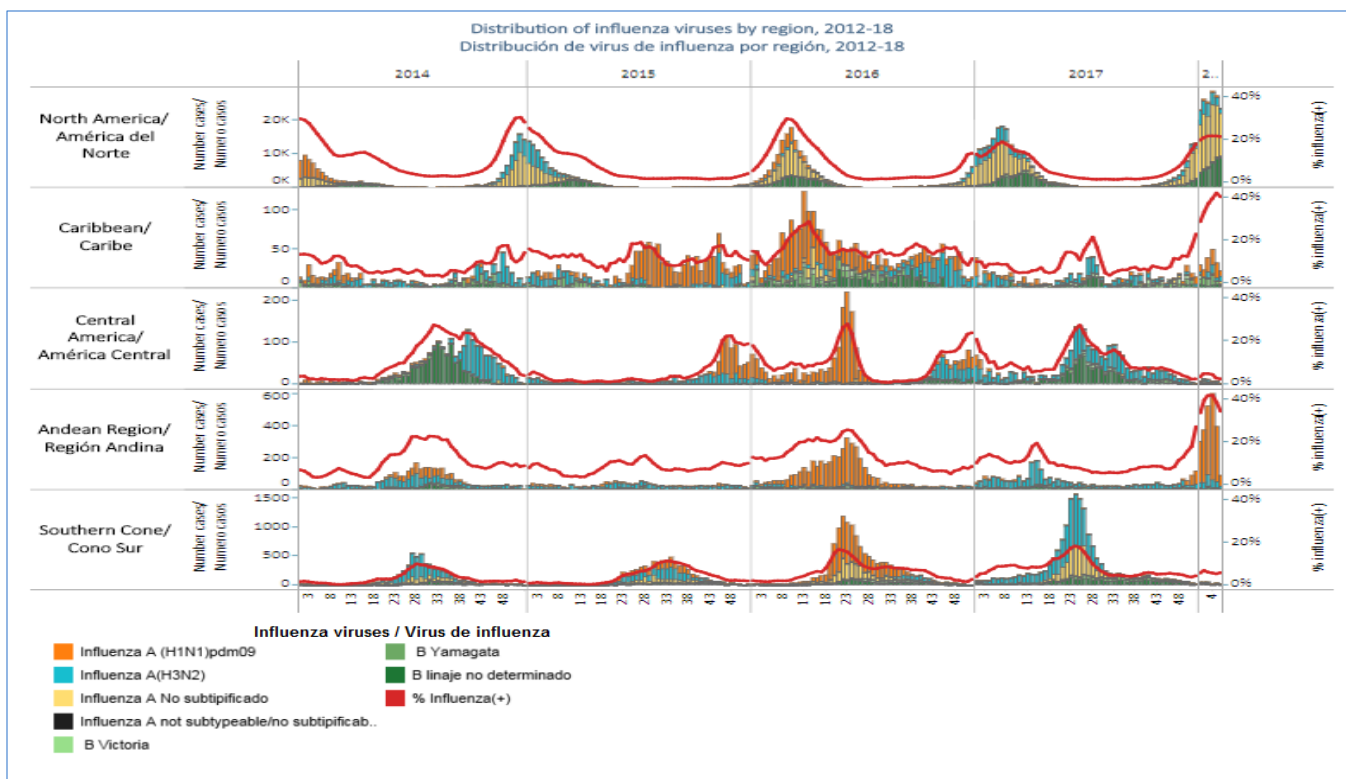
Brasil y Cono Sur: los niveles de influenza y VSR reflejaron una tendencia al descenso a niveles estacionales en toda la subregión, con predominio de influenza B. La actividad de ETI y de IRAG continúan en descenso, con predominio de influenza B.

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

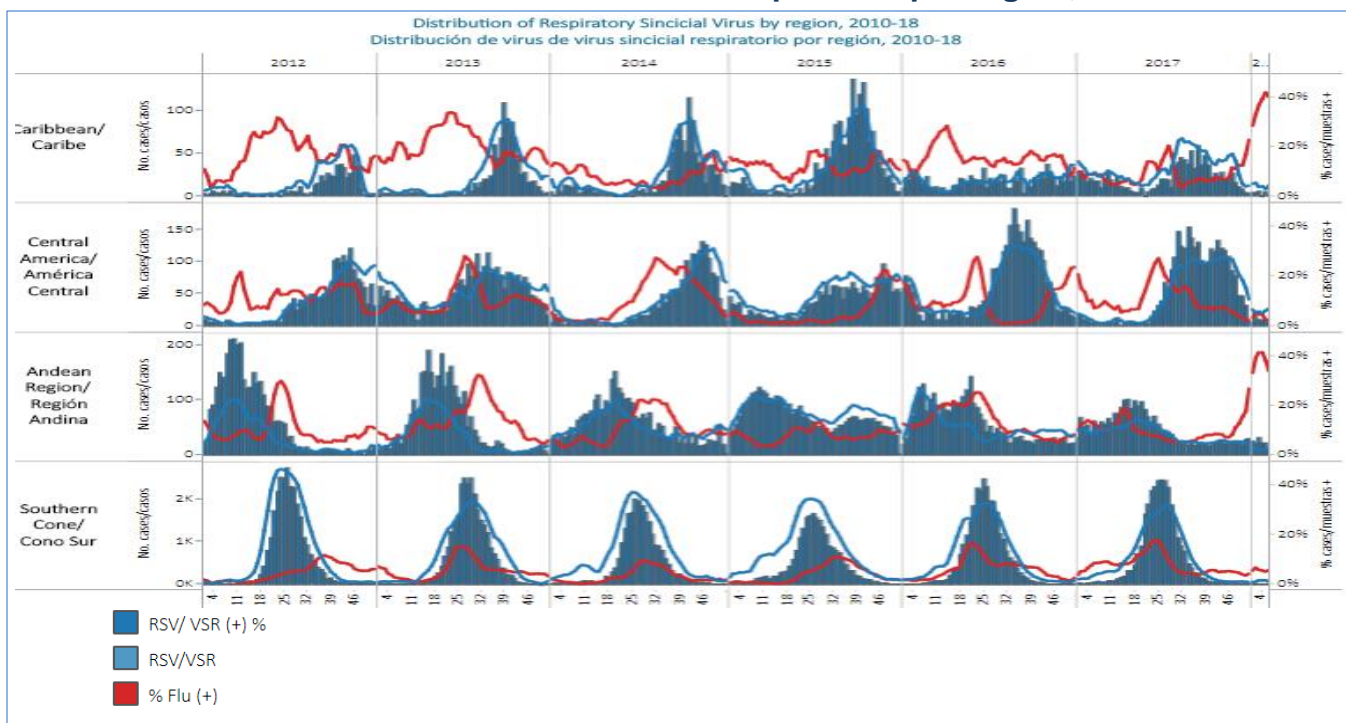
Fuente: Actualización Regional, OPS/OMS

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

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



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



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

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

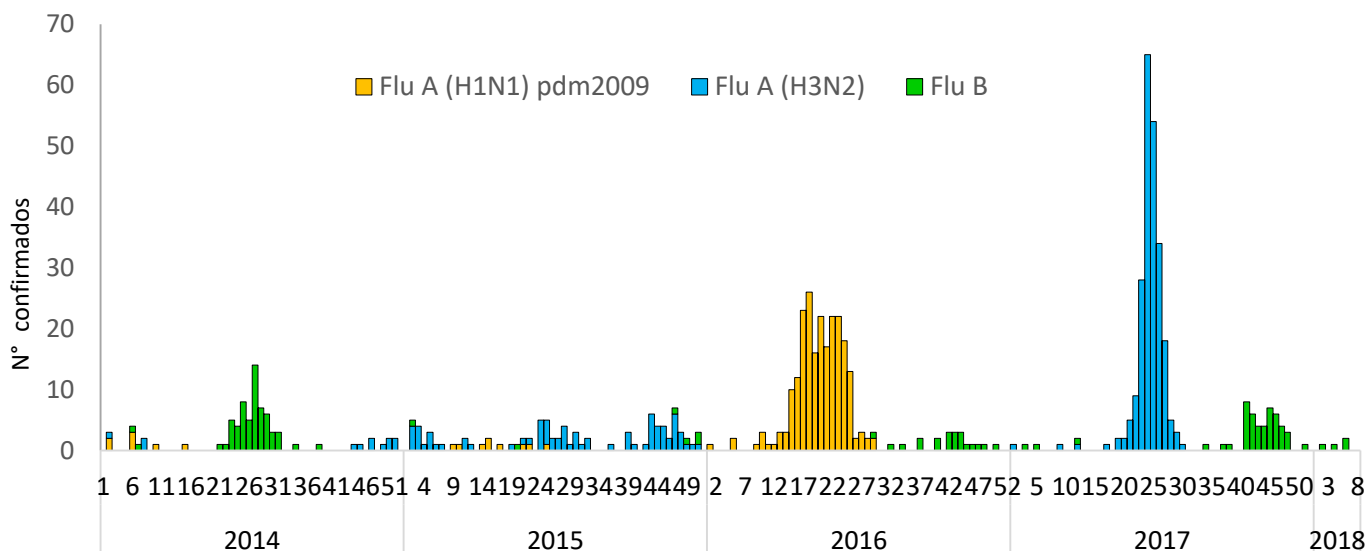


Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 09, 2017 – 2018

Resultados de Laboratorio	2017	2018	SE 09 2018
	Acumulado SE 09		
Total de muestras analizadas	325	236	21
Muestras positivas a virus respiratorios	19	8	0
Total de virus de influenza (A y B)	4	4	0
Influenza A (H1N1)pdm2009	0	0	0
Influenza A no sub-tipificado	0	0	0
Influenza A H3N2	2	0	0
Influenza B	2	4	0
Total de otros virus respiratorios	15	4	0
Parainfluenza	0	2	0
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	15	1	0
Adenovirus	0	1	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	6%	3%	0%
Positividad acumulada para Influenza	1%	2%	0%
Positividad acumulada para VSR	5%	0,4%	0%

La positividad para virus respiratorios durante el período de las semanas 1 – 9 de este año es 3% con respecto al mismo período del año pasado, en donde la positividad acumulada era 6%, a predominio de virus sincicial respiratorio.

Durante la semana 9 no se identificó virus respiratorios en las muestras procesadas. La semana se observó circulación de parainfluenza.

La actividad de influenza B podría verse incrementada en las próximas semanas, dado que en la Región y otros países del mundo se está reportando mayor circulación, por lo que se recomienda implementar medidas de prevención.

Fuente: VIGEPES

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

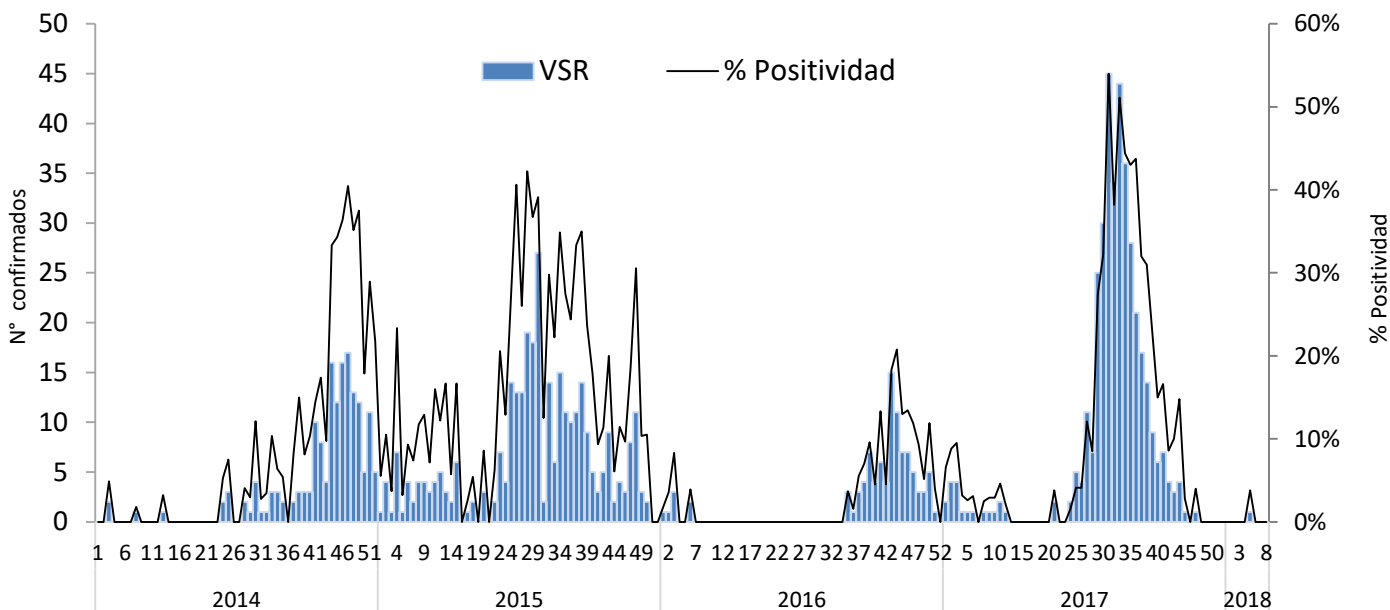


Gráfico 2.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica vigilancia centinela, El Salvador, 2017 – 2018

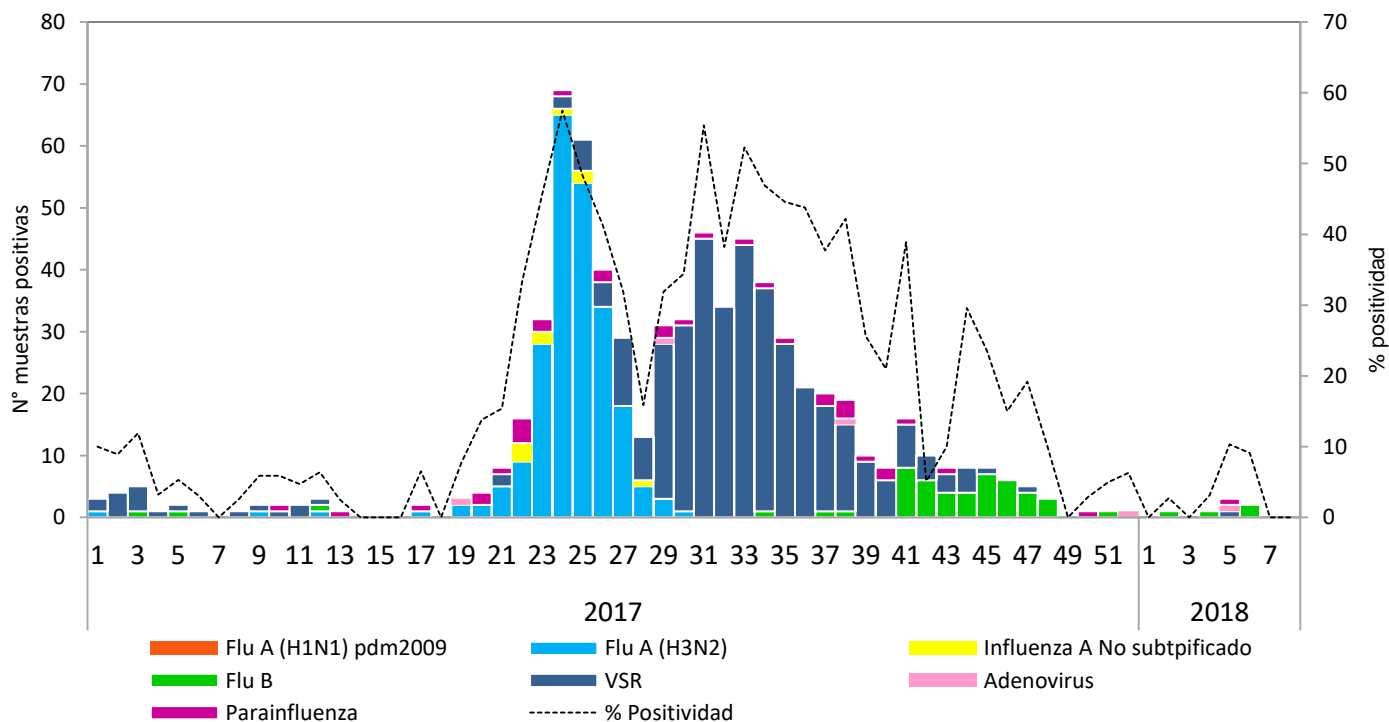
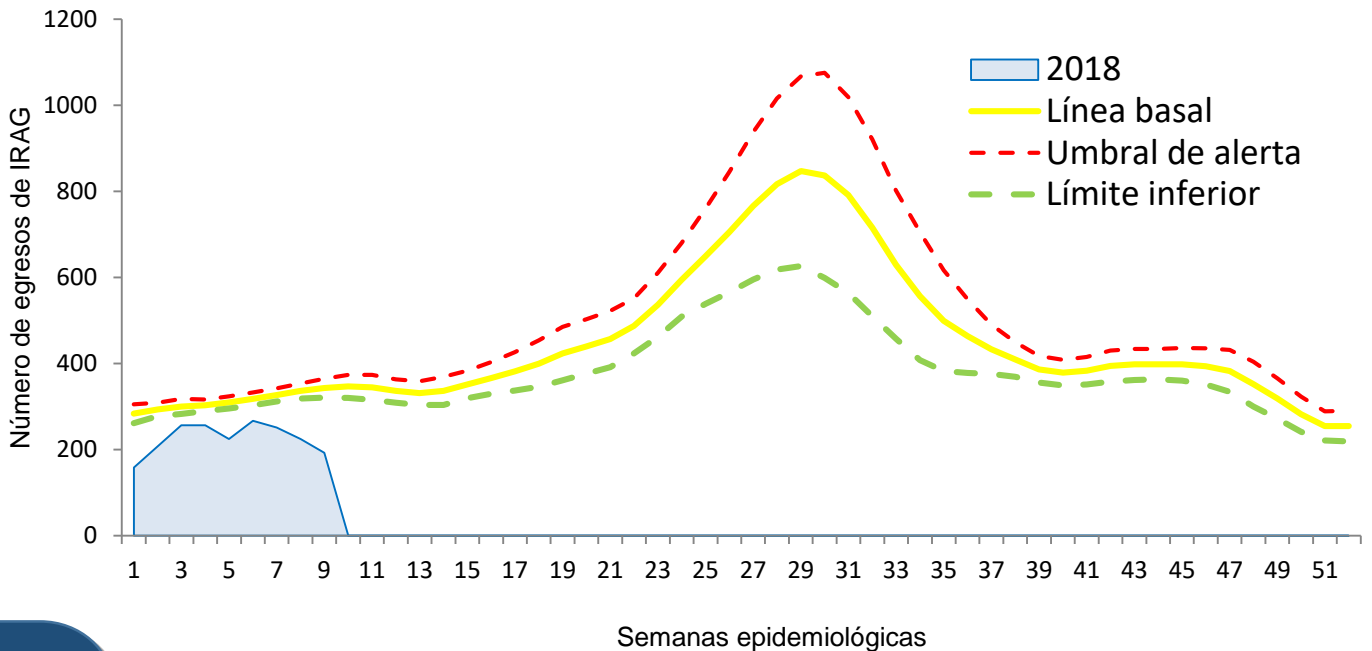


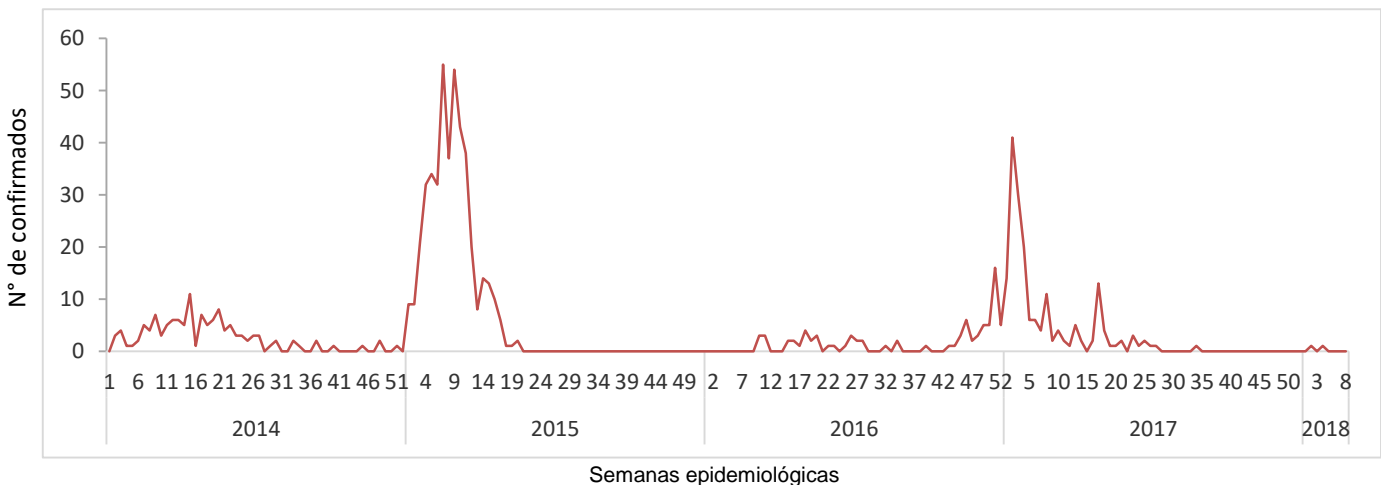
Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) egresados por semana, MINSAL, El Salvador, Semana 09 – 2018



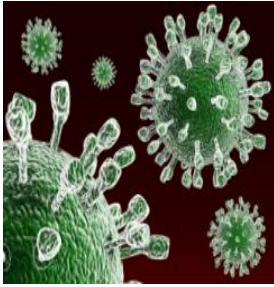
11

Vigilancia centinela de rotavirus

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus por año, vigilancia centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 09, 2014 – 2018



- Durante el año 2018, durante el período de las semanas 1 – 9 se notificó un total de 300 casos sospechosos de rotavirus, de estos 3 casos son confirmados, con una positividad acumulada de 1%, lo que contrasta con lo observado durante el mismo período de 2017, donde se tomó muestra a 954 sospechosos y de ellos 139 fueron casos confirmados (15% de positividad).
- Durante la semana 9 se investigó a 41 pacientes sospechosos de rotavirus y uno fue confirmado, el paciente es masculino, de un año de edad, procedente de Ciudad Arce, La Libertad y sin antecedentes de vacunación contra rotavirus.
- De acuerdo al patrón de circulación de rotavirus en el país, podría incrementarse la circulación del virus en las próximas semanas.



Infección por Rotavirus

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

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

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

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

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

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

Medidas de prevención:

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

Fuente:

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

Recomendaciones para la prevención y control de enfermedades respiratorias

Ante una posible alza de casos de enfermedad respiratoria aguda por virus de **influenza** se debe tomar en cuenta que las siguientes recomendaciones:

1. Continuar con las actividades rutinarias de vigilancia de la influenza.
2. Supervisar y garantizar que el personal de salud cumpla con las medidas de protección personal estándares (uso de mascarillas entre otras).
3. La población debe ser informada que la principal forma de transmisión de la influenza es por contacto interpersonal.
4. El lavado de manos es la forma más eficiente para disminuir la transmisión.
5. 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.
6. Tanto los pacientes como el personal sanitario o los familiares deben 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.
 - Lavarse las manos con agua y jabón. El lavado correcto de manos es una medida fundamental para la prevención. Se deben lavar las manos o realizar una asepsia de estas antes y después del contacto directo con pacientes, o después del contacto con sus artículos personales o su entorno inmediato.
 - El secado de manos se debe realizar con papel desechable.
 - Garantizar que todas las áreas de atención de pacientes dispongan de los insumos necesarios para la higiene de manos.
7. Implementar y/o activar el funcionamiento de los filtros para la prevención de brotes en centros educativos y en los lugares de trabajo.

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.

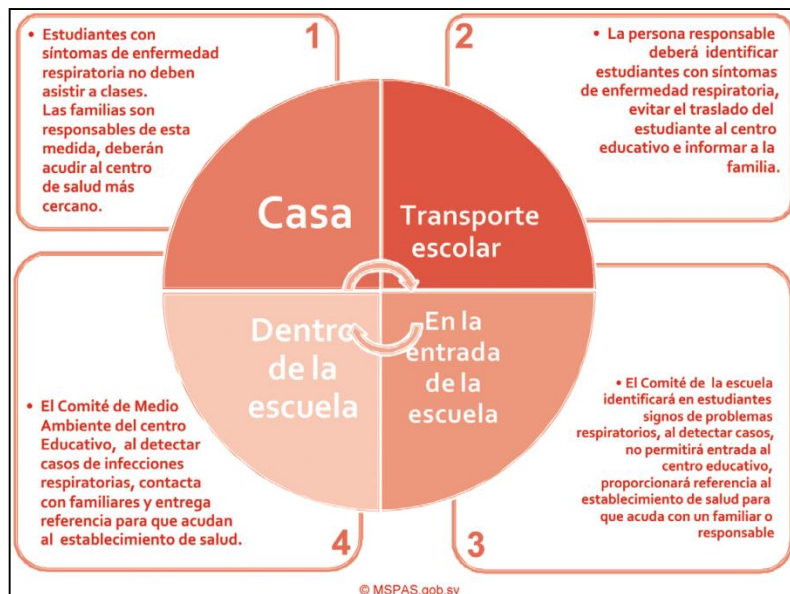
1. Primer filtro

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