



República de El Salvador

Ministerio de Salud

Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico
Semana 23 (del 5 al 11 de Junio de 2016)

CONTENIDO

1. Monografía: Recordatorio sección del recién nacido de lineamientos de Zika
2. Situación Epidemiológica de Zika
3. Situación epidemiológica de Dengue
4. Situación epidemiológica de CHIK
5. Resumen de eventos de notificación hasta SE 23/2016
6. Enfermedad diarreica Aguda
7. Infección respiratoria aguda
8. Neumonías
9. Situación regional de Influenza y otros virus respiratorios
10. Vigilancia de influenza y otros virus respiratorios. El Salvador
11. Vigilancia centinela de rotavirus
12. Mortalidad materna
13. Mortalidad en menores de 5 años

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 23 del año 2016. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,120 unidades notificadoras (89.7%) 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 67.6% 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.

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.

Definiciones de caso

Caso congénito asociado a infección con el virus de Zika

Caso sospechoso de Síndrome congénito asociado al virus de Zika

Neonato vivo que presenta:

- Microcefalia (diagnosticada durante el embarazo por ultrasonografía): Circunferencia craneana por debajo de 2 desviaciones estándar para la edad gestacional y el sexo, medida a las 24 horas posparto, de acuerdo a la referencia estandarizada (Tabla de Intergrowth)
- Microcefalia (diagnosticada al nacimiento por la evaluación clínica): se define como la circunferencia occipito - frontal menor que el tercer percentil (p3er), medida al nacer y confirmada a las veinticuatro horas de vida con base en las tablas de crecimiento estándar recomendadas a nivel internacional (Fenton, 2013 para el sexo, la edad, y la edad gestacional al nacer, para recién nacidos menores de 37 semanas; y para mayores de 37 semanas según las tablas de la OMS). La microcefalia se encuentra incluida en el grupo de malformaciones congénitas, deformaciones y aberraciones cromosómicas en la Clasificación Internacional de Enfermedades 10ª Revisión (CIE 10), con el código **Q02**.

O

- Otras malformaciones congénitas del Sistema Nervioso Central Y cuya madre:
 - Durante su embarazo residió en, o viajó a, un área donde hay presencia de vectores del virus de Zika.

O

- Durante su embarazo tuvo relaciones sexuales no protegidas con un compañero sexual que residió en, o viajó a, un área donde hay presencia de vectores del virus de Zika.

Caso probable de Síndrome Congénito asociado a virus de Zika

Recién nacido que cumple con los criterios de Caso Sospechoso de Síndrome Congénito Asociado a virus de Zika y:

- Presenta alteraciones morfológicas intracraneales detectadas por cualquier método de imagen y que no se pueden explicar por otra causa
O
- Su madre presentó exantema durante el embarazo

Caso Confirmado de Síndrome Congénito Asociado a virus de Zika

Recién nacido que cumple con los criterios de Caso Sospechoso de Síndrome Congénito asociado a virus de Zika e infección por el virus de Zika detectada en especímenes del neonato, independientemente de la detección de otros patógenos.

Aborto o Muerte Fetal Intrauterino Asociados a virus de Zika

Caso sospechoso de Aborto o Muerte Fetal Intrauterino Asociado a virus de Zika

Aborto o Muerte Fetal Intrauterino en una mujer que durante su embarazo:

- Presentó exantema, o residió en, o viajó a, un área donde existe el vector del virus de Zika
O
- Tuvo relaciones sexuales no protegidas con un compañero sexual que residió en, o viajó a, un área donde existe el vector del virus de Zika

Caso Confirmado de Aborto o Muerte Fetal Intrauterino Asociado a virus de Zika

Caso sospechoso cuyos especímenes, ya sean de la madre (sangre u orina) o del aborto/muerte fetal intrauterino, resulten con pruebas de laboratorio positivas para el virus de Zika

Transmisión Vertical (sin Síndrome Congénito)

Caso Sospechoso de Transmisión Vertical (sin Síndrome Congénito)

Recién nacido vivo de cualquier edad gestacional quien no cumple con los criterios de Caso sospechoso de Síndrome Congénito Asociado a virus de Zika y cuya madre tenga el antecedente de caso sospechoso, probable o confirmado de infección por virus de Zika durante el embarazo.

Caso Probable de Transmisión Vertical (sin Síndrome Congénito)

Recién nacido vivo quien cumple con los criterios de Caso Sospechoso de Transmisión Vertical en quien se detectó IgM para virus de Zika por ELISA o ARN viral por Reacción en cadena de la Polimerasa (PCR-TR), en una muestra de sangre de cordón umbilical.

Caso Confirmado de Transmisión Vertical (sin Síndrome Congénito)

Recién nacido vivo que cumple los criterios de Caso Sospechoso de Transmisión Vertical en quien se detectó IgM (Cuando solo la PCR-RT es accesible y resulta positiva, se sugiere seguimiento con serología ya que la detección viral pudo ser por transmisión perinatal en lugar de transmisión vertical) para virus de Zika por ELISA en una muestra de sangre del neonato.

Manejo de niños y niñas hijos de madres con posible infección del virus del Zika dos semanas antes del parto o durante el parto.

El personal de salud debe realizar las siguientes intervenciones:

- Evaluación y cuidados inmediatos al recién nacido, realizando las tomas de medidas antropométricas.
- Observar durante cinco días la evolución clínica, en cuanto a los siguientes parámetros: fiebre, inestabilidad térmica, signos de choque o descompensación hemodinámica; caso en el cual debe ser tratado de acuerdo a lo establecido en la normativa.

- Tomar hemograma completo, recuento de plaquetas, proteína “C” reactiva, velocidad de eritrosedimentación al ingreso.
 - Realizar el seguimiento de acuerdo a la evolución.
- a) **Manejo de niños y niñas con posible infección del virus Zika congénita** (hijos de madres con posible infección del virus del Zika en cualquier momento de la gestación), que presentan microcefalia al nacimiento o reporte ultrasonográfico prenatal de calcificaciones intracraneales, dilataciones ventriculares o cualquier hallazgo cerebral anormal. Realizar las siguientes intervenciones:
- Examen físico completo, incluyendo la medición cuidadosa de la circunferencia occipito-frontal, longitud, peso, y la evaluación de la edad gestacional. (Escala de Ballard) y luego plotear las medidas en base las tablas de crecimiento estándar recomendadas internacionalmente para recién nacidos menores de 37 semanas (Fenton, 2013) y para los mayores de 37 semanas según las tablas de la OMS.
 - Notificar al epidemiólogo del hospital para reporte y seguimiento epidemiológico
 - Ultrasonografía transfontanelar para investigar la presencia de calcificaciones, dilataciones ventriculares u otras anomalías intracraneales.
 - Hemograma completo, recuento de plaquetas y pruebas de función hepática incluyendo la alanina aminotransferasa (TGP), aspartato aminotransferasa (TGO) y bilirrubinas (totales y diferenciales).
 - Indicar exámenes complementarios para descartar otras infecciones congénitas del grupo TORCHS: IgM e IgG para Toxoplasmosis, IgM e IgG para citomegalovirus, Serología para sífilis, VIH, IgM e IgG para rubéola, IgM e IgG para Zika ó PCR para Zika. En aquellos casos que el hospital o el establecimiento de salud no cuente con las pruebas para realizar el estudio, deberán efectuarse las gestiones pertinentes con otros hospitales de la RISS que dispongan de ellas en un período no mayor de 48 horas

1

Recordatorio sección del recién nacido de lineamientos de zika.

- Interconsulta con neurólogo pediatra, quien determinará la necesidad de otros estudios de neuroimágenes y evaluaciones por otras especialidades.
- Evaluación oftalmológica, la cual debe ser realizada antes del alta del hospital o dentro de un mes posterior al nacimiento.
- Gestionar la evaluación de la audición mediante pruebas de emisiones otoacústicas, antes del alta del hospital.
- Cada hospital, al momento del alta anexará a la hoja de referencia una copia de la curva para medición de perímetro cefálico utilizada al nacimiento y deberá anotar en la cartilla de seguimiento correspondiente, los datos de perímetro cefálico al nacimiento y el percentil alcanzado.
- Al alta hospitalaria debe ser referido a:
 1. Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) para inscripción y seguimiento en Control de Crecimiento y Desarrollo.
 2. Seguimiento por pediatra en controles bimensuales durante el primer año de vida, trimestrales en el segundo año y semestrales a partir del tercer año en consulta externa del hospital correspondiente o UCSF Intermedia o Especializada que cuenten con dicho recurso.
 3. Seguimiento por ultrasonografía transfontanelar trimestralmente mientras la fontanela anterior permanezca abierta; el pediatra que da seguimiento será el responsable de verificar los resultados y en caso de detectar alguna anomalía, referir para evaluación por neurólogo pediatra.
 4. Evaluación y seguimiento por Centro de Rehabilitación Integral, en San Salvador, Santa Ana o San Miguel según corresponda, para intervención temprana.
 5. Evaluación y seguimiento por Fisioterapia en la UCSF u Hospital que corresponda según la RIISS.

1. Evaluación y seguimiento por Neurólogo Pediatra, en Consulta Externa de Hospitales Regionales u Hospital Bloom.
2. Evaluación y seguimiento por Centro de Audición y Lenguaje.
 - Para el seguimiento de prematuros menores de 2000 gramos con diagnóstico de microcefalia, se utilizaran las curvas de Fenton hasta las 50 semanas de Edad Gestacional y luego se continuarán utilizando las gráficas ya establecidas en el programa de seguimiento al prematuro menor de 2000 gramos al nacer.
 - En el caso de los niños de término, se continuarán utilizando para el monitoreo del crecimiento del perímetro cefálico los gráficos de crecimiento y desarrollo establecidos en la normativa.

a) Manejo de niños y niñas con posible infección del virus Zika congénita (hijos de madres con posible infección del virus del Zika en cualquier momento de la gestación), SIN microcefalia al nacimiento y sin alteraciones cerebrales detectadas prenatalmente.

Realizar las siguientes intervenciones:

- Examen físico completo, incluyendo la medición cuidadosa de la circunferencia occipito - frontal, longitud, peso, y la evaluación de la edad gestacional. (Escala de Ballard) y luego plotear las medidas en base las tablas de crecimiento estándar recomendadas internacionalmente para recién nacidos menores de 37 semanas (Fenton, 2013) y para los mayores de 37 semanas según las tablas de la OMS.
- Notificar al epidemiólogo del hospital para reporte y seguimiento epidemiológico.
- Ultrasonografía transfontanelar para investigar la presencia de calcificaciones, dilataciones ventriculares u otras anomalías intracraneales.

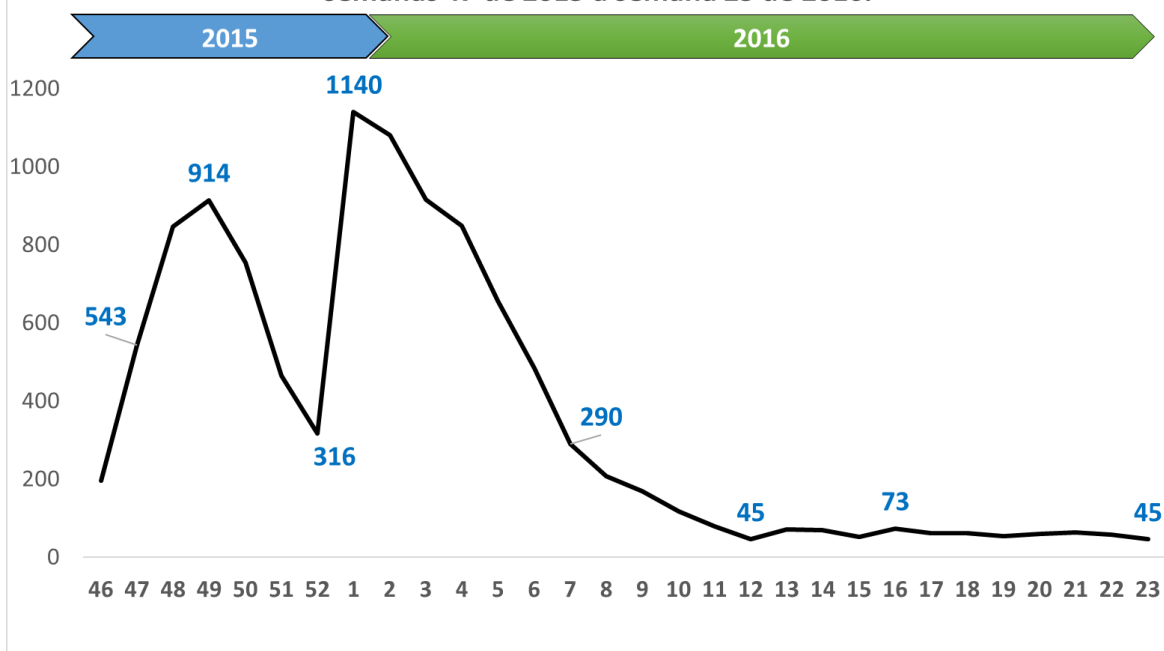
Recordatorio sección del recién nacido de lineamientos de zika.

- Hemograma completo, recuento de plaquetas y pruebas de función hepática incluyendo la alanina aminotransferasa (TGP), aspartato aminotransferasa (TGO) y bilirrubinas (totales y diferenciales).
- Interconsulta con Infectología.
- Cada hospital, al momento del alta anexará a la hoja de referencia una copia de la curva para medición de perímetro cefálico utilizada al nacimiento y deberá anotar en la cartilla de seguimiento correspondiente, los datos de perímetro cefálico al nacimiento y el percentil alcanzado.
- Al alta hospitalaria debe ser referido a:
 1. Unidad Comunitaria de Salud Familiar (UCSF) para inscripción y seguimiento en Control de Crecimiento y Desarrollo.
 2. Seguimiento por pediatra en controles trimestrales durante el primer año de vida y posteriormente de manera semestral hasta el tercer año de vida en consulta externa del hospital correspondiente o UCSF Intermedia o Especializada que cuenten con dicho recurso.
 - Para el seguimiento de prematuros menores de 2000 gramos con diagnóstico de microcefalia, se utilizarán las curvas de Fenton hasta las 50 semanas de Edad Gestacional y luego se continuarán utilizando las gráficas ya establecidas en el programa de seguimiento al prematuro menor de 2000 gramos al nacer.
 - En el caso de los niños de término, se continuarán utilizando para el monitoreo del crecimiento del perímetro cefálico los gráficos de crecimiento y desarrollo establecidos en la normativa.

Fuente: Lineamientos técnicos para la atención integral de personas con zika. MINSAL 21 abril de 2016

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Tendencia de casos sospechosos según fecha de inicio de síntomas, semanas 47 de 2015 a semana 23 de 2016.



Casos sospechosos de Zika SE 01 - 23 de 2016

Resumen	casos
Casos sospechosos (SE 01- 22)	6,696
Casos sospechosos en embarazadas (SE 01- 22)	231
Casos confirmados (SE 01-21)	43
Defunciones (SE 01-21)	0

Para la semana 23 de 2016, se tiene un acumulado de 6,696 casos, que sumado a 3,836 casos de 2015, registran 10,532 casos desde el inicio del brote. La tendencia actual es un leve descenso en las últimas 5 semanas.

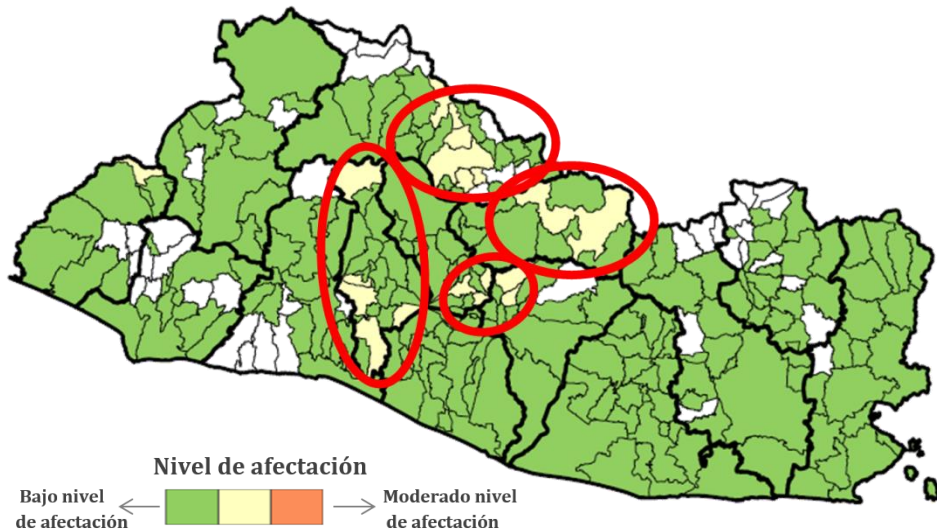
Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 01 – 23 de 2016

Grupos edad	Total general	tasa
< 1	157	125
1-4	338	69
5-9	334	57
10-19	614	49
20-29	1657	139
30-39	1528	183
40-49	1140	164
50-59	643	125
>60	285	40
Total general	6696	104

Las tasas acumuladas por 100 mil habitantes más altas por grupos de edad, se encuentran en los grupos de 30 - 39 años con una tasa de 183 y de 40 - 49 años con una tasa de 164.

Casos sospechosos de Zika por departamento y municipios SE 01- 23 de 2016

Departamento	Total general	Tasa
Chalatenango	561	270
Cabañas	354	212
Cuscatlan	553	208
San Vicente	300	167
San Salvador	2487	142
La Libertad	1058	136
Santa Ana	555	94
Morazan	114	56
La Paz	139	41
Ahuachapan	138	40
Usulután	146	39
San Miguel	155	32
La Union	49	19
Sonsonate	83	18
Guatemala	3	
Honduras	1	
Total general	6696	104



Por departamento las tasas mas altas son Chalatenango con 270, Cabañas con 212 y Cuscatlán con 208.

Casos y tasas de sospechosas de Zika en embarazadas SE 01- 23 de 2016

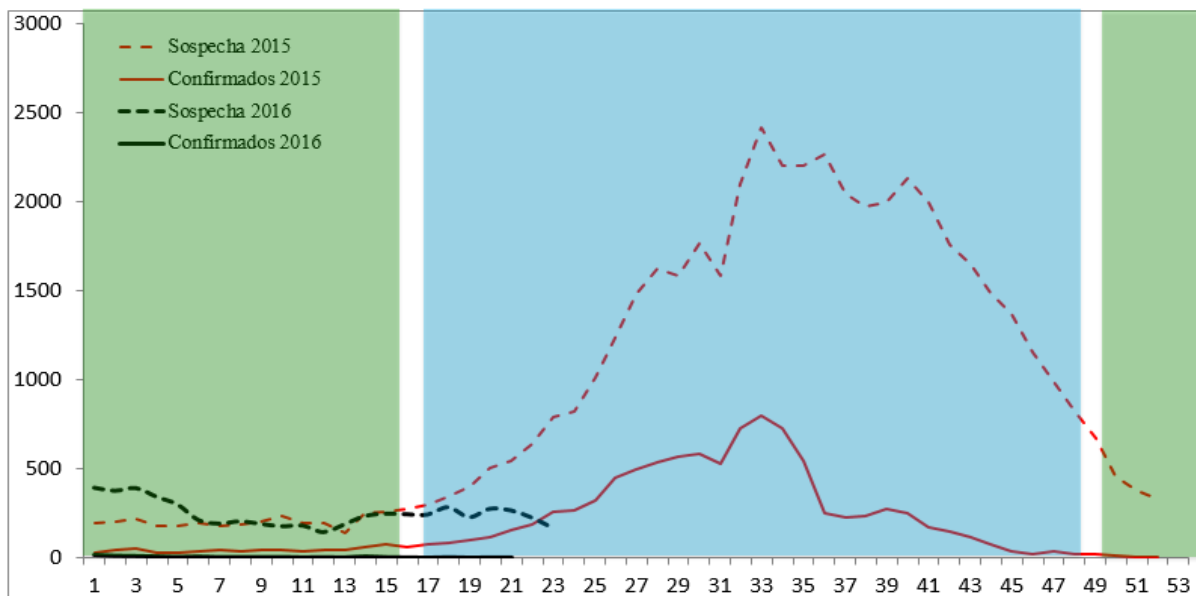
Departamentos	Total general	tasa
Cabañas	27	16
Chalatenango	23	11
San Vicente	18	10
Cuscatlan	18	7
San Salvador	77	4
La Libertad	21	3
Usulután	9	2
Santa Ana	13	2
San Miguel	9	2
Morazan	3	1
Sonsonate	6	1
Ahuachapan	3	1
La Union	2	1
La Paz	1	0
Guatemala	1	
Total general	231	4

Desde la SE 47 a la SE 52 de 2015 se registraron 63 casos de sospecha de Zika en Mujeres Embarazadas, las cuales sumadas al periodo SE1-SE23 de 2016 totalizan 294 desde su introducción al país.

Hasta la semana 23 de 2016, se encuentran en seguimiento 276 mujeres embarazadas (94%); de las cuales 39 cumplían criterios para toma de muestra para Zika, 4 de ellas con resultado positivo. cuyos recién nacidos se encuentran sin anormalidades al momento. Se tienen 35 embarazadas con resultado negativo.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE23 de 2016



Época lluviosa

Época seca

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1 a 23 de 2014-2015 y porcentaje de variación

	Año 2015	Año 2016	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-23)	6677	5580	-1097	-16%
Hospitalizaciones (SE 1-23)	1073	959	-114	-11%
Casos confirmados D+DG (SE 1-21)	1182	70	-1112	-94%
Casos confirmados Dengue con o sin signos de alarma D (SE 1-21)	1148	65	-1083	-94%
Casos confirmados de dengue grave DG (SE 1-21)	34	5	-29	-85%
Fallecidos (SE 1-23)		1	0	0%

Tasa de letalidad: 0.1%

Se confirma la primera muerte por dengue, por parte del comité nacional de auditoría médica sobre mortalidad de origen infeccioso con potencial epidémico. El Paciente era masculino, 05 años 10 meses de edad, Panchimalco, San Salvador, falleció el 07/01/16 en hospital "Dr. José Antonio Saldaña".

Hasta la SE23 del presente año (5 al 11 de junio), se han registrado 5580 casos sospechosos de dengue, lo cual representa una reducción del 16% (1097 casos menos) en relación al año 2015. Para el 2016 se han confirmado 70 casos, de los cuales 65 fueron casos con o sin signos de alarma y 5 fue de dengue grave.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE21 del 2016

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000
<1 año	8	6.4
1-4 años	7	1.4
5-9 años	9	1.5
10-14 años	7	1.2
15-19 años	8	1.2
20-29 años	19	1.6
30-39 años	6	0.7
40-49 años	2	0.3
50-59 años	1	0.2
>60 años	3	0.4
	70	1.1

Hasta la SE21 (casos confirmados), los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad son en menores de 1 año con una tasa de 6.4 por 100.00 habitantes, 20 a 29 años con una tasa de 1.6, de 5 a 9 años con una tasa de 1.5

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE21 del 2016

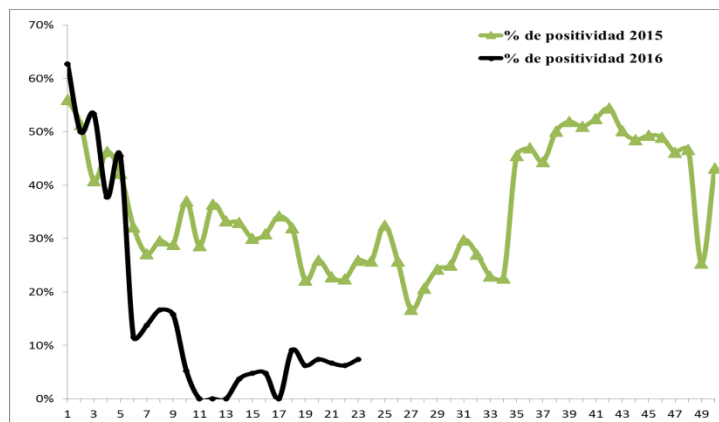
Departamento	Casos	Tasa x 100.000
Cabañas	22	13.2
Chalatenango	15	7.2
Cuscatlan	5	1.9
San Miguel	4	0.8
San Salvador	10	0.6
San Vicente	1	0.6
La Libertad	4	0.5
Santa Ana	3	0.5
Morazan	1	0.5
Sonsonate	2	0.4
La Union	1	0.4
La Paz	1	0.3
Ahuachapan	1	0.3
Usulután	0	0.0
Otros países	0	0.0
	70	1.1

Los departamentos con tasas arriba de la tasa nacional son: Cabañas (13.2), Chalatenango (7.2) y Cuscatlán (1.9). El departamento de Usulután no han presentado casos.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Muestras positivas para IgM, de casos sospechosos de dengue, SE 23 – 2016

	SE 23		
	Total muestras	Muestras pos	% pos
SIBASI			
Ahuachapan	1	0	0%
Santa Ana	1	0	0%
Sonsonate	0	0	0%
Total región occidental	2	0	0%
Chalatenango	2	0	0%
La Libertad	4	0	0%
Total región central	6	0	0%
Centro	0	0	0%
Sur	0	0	0%
Norte	4	1	25%
Oriente	3	1	33%
Total región metropolitana	7	2	29%
Cuscatlan	0	0	0%
La Paz	2	0	0%
Cabañas	7	0	0%
San Vicente	0	0	0%
Total región paracentral	9	0	0%
Usulután	2	0	0%
San Miguel	1	0	0%
Morazan	0	0	0%
La Unión	0	0	0%
Total región oriental	3	0	0%
Total País	27	2	7%

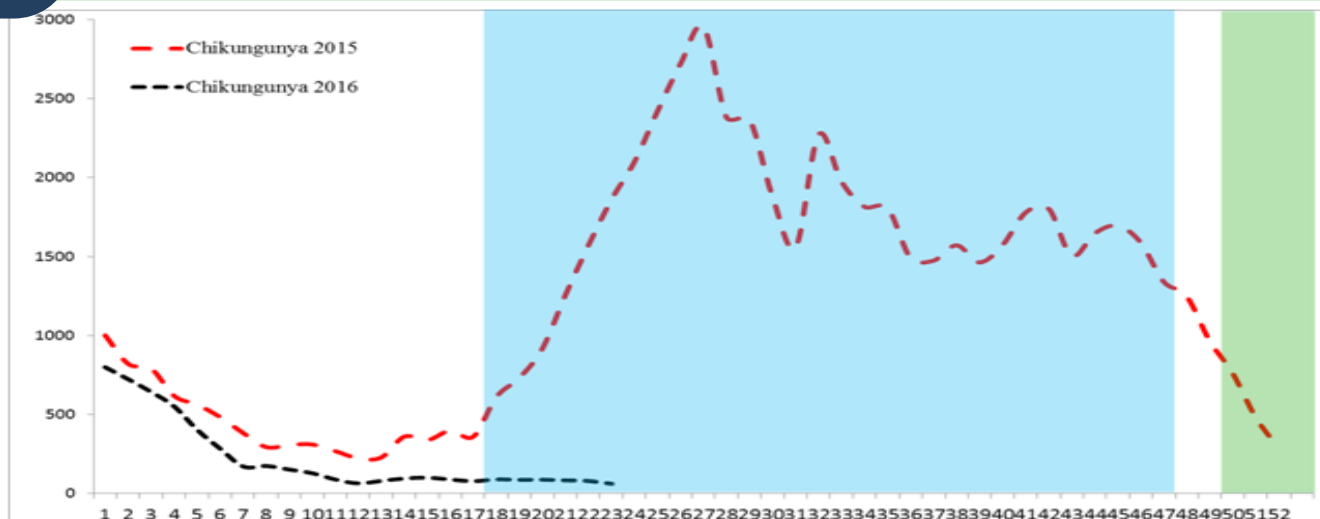


Para la SE23 las regiones de salud que enviaron muestras fueron: Occidental 2, central 6, metropolitana 7, paracentral 9 y oriental 3. Las 2 muestras positivas fueron de metropolitana (29%)

Los Sibasi que enviaron muestras fueron: Ahuachapán 1, Santa Ana 1, Chalatenango 2, La Libertad 4, norte 4, oriente 3, La Paz 2 y Cabañas 7, Usulután 2 y San Miguel 1. Las muestras positivas fueron: una del Sibasi norte 25% y una de oriente 33%.

4

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2015, SE 1 -23 de 2016



Índices larvarios SE 23 – 2016, El Salvador

No	Departamentos	IC
1	San Salvador	21
2	San Miguel	15
3	La Paz	15
4	Usulután	12
5	Cuscatlán	11
6	Morazán	11
7	La Unión	11
8	San Vicente	11
9	Ahuachapán	10
10	Chalatenango	9
11	Cabañas	8
12	Sonsonate	8
13	Santa Ana	7
14	La Libertad	5
	Nacional	11

Proporción de criaderos encontrados positivos	%
Útiles	82
Inservibles	15
Naturales	1
Llantas	2

Actividades regulares de eliminación y control del vector transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika, durante la SE23-2016

- ❖ 54,639 viviendas visitadas, inspeccionando 51,634 (94.5%), realizando destrucción y eliminación de criaderos.
- ❖ En 21,598 viviendas se utilizó larvicida granulado al 1%; además se realizaron 39,554 aplicaciones de fumigación a viviendas bajo riesgo.
- ❖ Se inspeccionaron un total de 213,776 criaderos, de los cuales 159,835 fueron depósitos útiles, 49,016 eran depósitos inservibles y 2,550 criaderos naturales. De igual forma se contabilizaron un total de 2,375 llantas.

Actividades de promoción y educación para la salud:

- ❖ Realización de 10,796 charlas educativas durante la visita integral casa a casa.
- ❖ Entrega de 3,354 materiales educativo (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano participante 2,347

- ❖ 69% Ministerio de Salud.
- ❖ 13% Ministerio de Educación.
- ❖ 15% personal de diferentes instituciones de gobierno.
- ❖ 3% personal de las alcaldías municipales.

Con la ejecución de estas actividades se benefició alrededor de 383,285 habitantes.

Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 23 de 2015-2016

	Acumulado		Diferencia acumulada	% de variación
	Año 2015	Año 2016		
Casos Chikungunya (SE 1-23)	14707	5115	-9592	-65
Hospitalizaciones (SE 1-23)	753	152	-601	-80
Fallecidos (SE 1-23)	0	0	0	0

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-23 de 2016

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	845	406
Cuscatlán	469	176
Cabañas	288	172
Santa Ana	733	125
San Vicente	205	114
Morazán	166	81
La Libertad	595	77
Ahuachapán	211	61
San Salvador	871	50
Sonsonate	228	49
Usulután	152	41
San Miguel	188	38
La Paz	98	29
La Unión	59	22
Guatemala	5	
Honduras	2	
Total general	5,115	80

Desde la SE1 hasta la SE 23 de 2016, 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 2015, se ha experimentado una importante reducción porcentual de 65% de casos sospechosos y de 80% 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.

En las primeras 23 semanas del año, se identifican 3 conglomerados donde las tasas son más altas al norte del país (Chalatenango, Cuscatlán, Cabañas), occidente (Santa Ana) y Paracentral (San Vicente). Los departamentos con las tasas más bajas se concentran en el Oriente del País.

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 1-23 de 2016

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	286	228
1-4 años	492	100
5-9 años	402	68
10-19 años	838	66
20-29 años	1135	95
30-39 años	853	102
40-49 años	568	82
50-59 años	335	65
>60 años	206	29
Total general	5,115	80

De acuerdo con los grupos de edad la primera década de la vida es la más afectada, dentro de éste los menores de 1 año son los más afectados con una razón de tasas casi el triple con respecto a la tasa nacional. El segundo grupo más afectado es el grupo de 20 a 39 años, cuyo intervalo más afectado es el de 30 a 39 con una tasa 102%, superior a la del promedio nacional.

CASOS DE DENGUE Y CHIK EN LAS AMÉRICAS

CASOS DE DENGUE SE 20 (PAHO)

Sub-regiones	Sospechosos Dengue*	Sospecha de dengue grave	Muertes
Norteamérica,	73,218	1,221	9
Andina	108,201	863	201
Cono Sur	1,322,279	368	239
Caribe Hispano	13,318	469	24
Caribe inglés y	3,494	1	0
TOTAL	1,520,510	2,922	473

Country or Subregion	Cases of D & SD reported		serotipos	Sospecha de dengue grave	fallecidos
	sospechosos	confirmados			
Mexico	26,971	3,735	DEN 1,2,3,4	921	1
Nicaragua	19,473	2,079	DEN 2		7
Honduras	11,652	86	DEN	186	1
Costa Rica	6,640	0	DEN 1,2,3	0	0
El Salvador	4,931	71	DEN 2	114	0
Guatemala	2,431	326	DEN 1,2,3,4	0	0
Panamá	1,009	477	DEN 1,2,3	0	0
Belize	12	1	DEN 3		0
TOTAL	73119	6775	0	1221	9

CASOS DE CHIKUNGUNYA SE 22 (PAHO)

Territorio	Casos de transmisión autóctona ^b		Tasa de incidencia ^c	Fallecidos ^d
	Sospechosos	Confirmados		
América del Norte				
Subtotal	0	291	0.06	0
Istmo Centroamericano				
Subtotal	22,224	447	48.55	1
Caribe Latino				
Subtotal	544	68	1.64	0
Área Andina				
Subtotal	24,020	2,011	18.70	0
Cono Sur				
Subtotal	56,783	11,347	24.85	15
Caribe No-Latino				
Subtotal	-	-	-	-
TOTAL	103,571	14,164	11.88	16

País	Casos de transmisión autóctona ^b		Casos importados	Tasa de incidencia ^c	Fallecidos ^d
	Sospechosos	Confirmados			
Belice	-	-	-	-	-
Costa Rica	1,427	0	0	28.53	0
El Salvador	4,848	0	0	75.44	0
Guatemala	1,785	54	0	11.31	0
Honduras	9,489	0	0	112.66	0
Nicaragua	4,675	387	0	80.91	1
Panamá	0	6	4	0.15	0
Subtotal	22,224	447	3	48.55	1

No	Evento	Semanas		Acumulado 2015	Acumulado 2016	(%)	Tasa por
		Epidemiológicas				Diferencial	100000.0
		22	23			para 2016	habitantes
1	Infección Respiratoria Aguda	47366	42441	954831	978505	(2)	15146
2	Dengue sospechosos	220	162	6677	5580	(-16)	86
3	Chikungunya	80	62	14707	5115	(-65)	79
4	Zika	58	45	-	6696	-	104
5	Diarrea y Gastroenteritis	8684	7937	193760	139745	(-28)	2163
6	Parasitismo Intestinal	4454	4299	103355	83978	(-19)	1300
7	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1571	1176	32796	32709	(-0)	506
8	Neumonías	1115	982	17305	18798	(9)	291
9	Hipertensión Arterial	435	376	10616	10075	(-5)	156
10	Mordido por animal trans. de rabia	403	357	9505	8657	(-9)	134
11	Diabetes Mellitus (PC)	303	164	6705	5778	(-14)	89

6 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 23- 2016

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 6,073 casos.
- Durante la semana 23 se notificó un total de 7,937 casos, que significa una reducción del -8.6% (747 casos) respecto a lo reportado en la semana 22 (8,684 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 23 del año 2016 (139,745 casos) con el mismo período del año 2015 (193,760 casos), se evidencia una disminución de un **-28%** (-54,015 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 2,659 casos en Cabañas y 58,631 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 58,631, La Libertad 18,109 y San Miguel 8,977 casos.
- Del total de egresos por Diarrea, el 53% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (78%) seguido de los adultos mayores de 59 años (6%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 23			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	6,277	48	0.76
2015	8,171	31	0.38

Fuente: SIMMOW datos preliminares (al 14 de junio de 2016, 2.51 pm. 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	15006	7811	1530	637	1787	1398

7

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 23 -2016

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 1,850 casos.
- Durante la semana 23 se notificó 42,441 casos, -10% (-4,925 casos) menos que lo reportado en la semana 22 (47,366 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 23 del año 2016 se ha notificado un total acumulado de 978,505 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2015 (954,831 casos) significando un aumento del 2% (23,674 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 21,513 casos en Cabañas a 340,920 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 340,920, La Libertad 105,038 y Sonsonate 71,880.

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
IRAS	71038	47122	24920	7082	11362	9360

8

NEUMONIAS, EL SALVADOR, SE 23-2016

- El promedio semanal de neumonías es de 806 casos.
- Durante la semana 23 se ha reportado un total de 982 casos, lo que corresponde a una reducción del -12% (-133 casos) respecto a los notificados en la semana 22 (1,115 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 23 del año 2016 (18,798 casos) con el mismo período del año 2015 (17,305 casos) se observa un incremento de 9% (1,493 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 501 casos en Cabañas y 5,308 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 5,308, San Miguel 2,388 y Santa Ana 1,610 casos.
- Del total de egresos por neumonía, el 55.3% 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 (17%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 23			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2016	6,572	393	5.9
2015	6,014	285	4.7

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 14 de Junio 2016, 2:51 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	3997	1378	243	42	56	328

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

Los datos de la última Actualización Regional en línea: SE 21, 2016 de la OPS publicada el 8 de junio reportan:

América del Norte: en general, continúa la disminución en la actividad de influenza. En Canadá, México y Estados Unidos, la actividad de influenza disminuyó hasta actividad baja. Se observa que la mayoría de los indicadores epidemiológicos disminuyeron hasta niveles bajos, excepto en México donde se observa en la línea base o cerca.

Caribe: se ha reportado actividad baja de influenza y otros virus respiratorios en la mayoría de los países. Los indicadores de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) han aumentado en Cuba, Santa Lucía y Surinam.

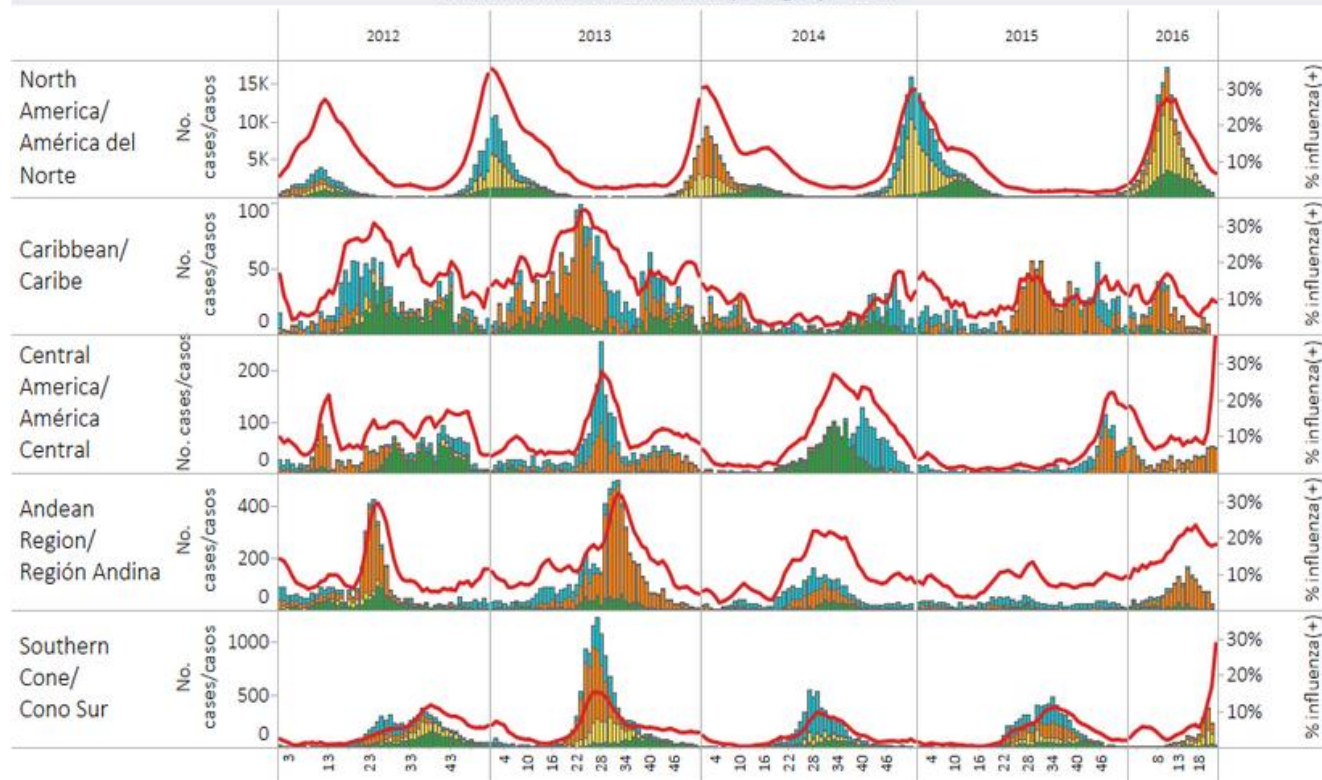
América Central: continúa la circulación activa de influenza A(H1N1)pdm09 en la mayoría de los países, en particular se observa un incremento en El Salvador y Panamá. La actividad de virus sincicial respiratorio (VSR) se mantiene elevada en Panamá, mientras que la actividad de IRAG y enfermedad tipo influenza (ETI) aumentó en la mayor parte de la región.

Sub-región Andina: el virus influenza A(H1N1)pdm09 está activo, mientras que se notificó niveles elevados del VSR en Perú, así como un incremento de la actividad de IRA e IRAG en Colombia y Perú.

Brasil y Cono Sur: en el Cono Sur, ha continuado aumentando los niveles de influenza y VSR, aunque aún se mantienen en niveles inferiores al umbral estacional. Un aumento en la actividad de ETI e IRAG se ha registrado en Argentina y Chile.

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

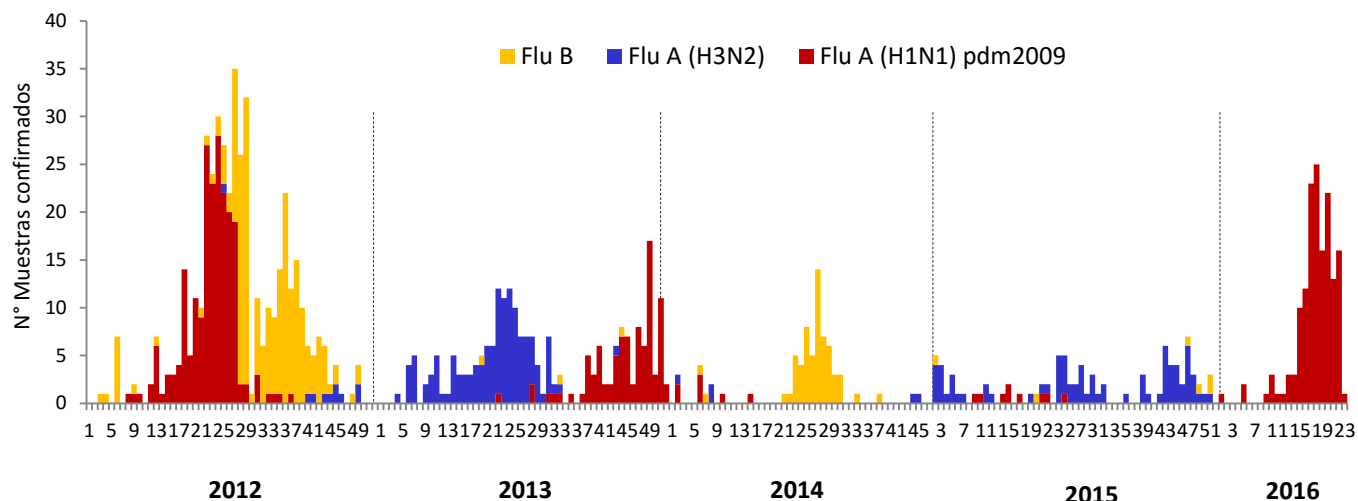
Distribution of influenza viruses by region, 2012-16
 Distribución de virus de influenza por región, 2012-16



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

VIGILANCIA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS EL SALVADOR, SE 23 – 2016

Gráfico 1.- Circulación de virus de influenza por semana epidemiológica
Vigilancia centinela, El Salvador, 2012 – 2016



Continúa circulando activamente el virus de influenza A(H1N1)pdm09 durante el actual período de estacionalidad, similar al comportamiento mostrado en la estación de influenza del 2012.

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 23, 2015 – 2016

Resultados de Laboratorio	2015	2016	SE 23-2016
	Acumulado SE 23		
Total de muestras analizadas	734	1,415	95
Muestras positivas a virus respiratorios	141	215	11
Total de virus de influenza (A y B)	31	166	7
Influenza A (H1N1)pdm2009	8	153	1
Influenza A no sub-tipificado	1	13	6
Influenza A H3N2	20	0	0
Influenza B	2	0	0
Total de otros virus respiratorios	112	49	4
Parainfluenza	28	31	4
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	66	8	0
Adenovirus	18	10	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	19%	15%	12%
Positividad acumulada para Influenza	4%	12%	8%
Positividad acumulada para VSR	9%	1%	0%

Fuente: VIGEPES

Continúa la circulación del virus de influenza A(H1N1)pdm09 (considerado virus estacional desde agosto de 2010).

Se observa además un incremento en la positividad acumulada para influenza durante el período de la semana epidemiológica 1 a 23 en 2016 (de 12%), con respecto a la positividad acumulada en el mismo período de 2015 (de 4%).

Se destaca además el contraste entre el grado de circulación de virus sincicial respiratorio (VSR) con una positividad acumulada de 9% en 2015 versus 1% en el período de las semanas 1 – 23 de este año.

Gráfico 2.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica vigilancia centinela, El Salvador, 2015 – 2016

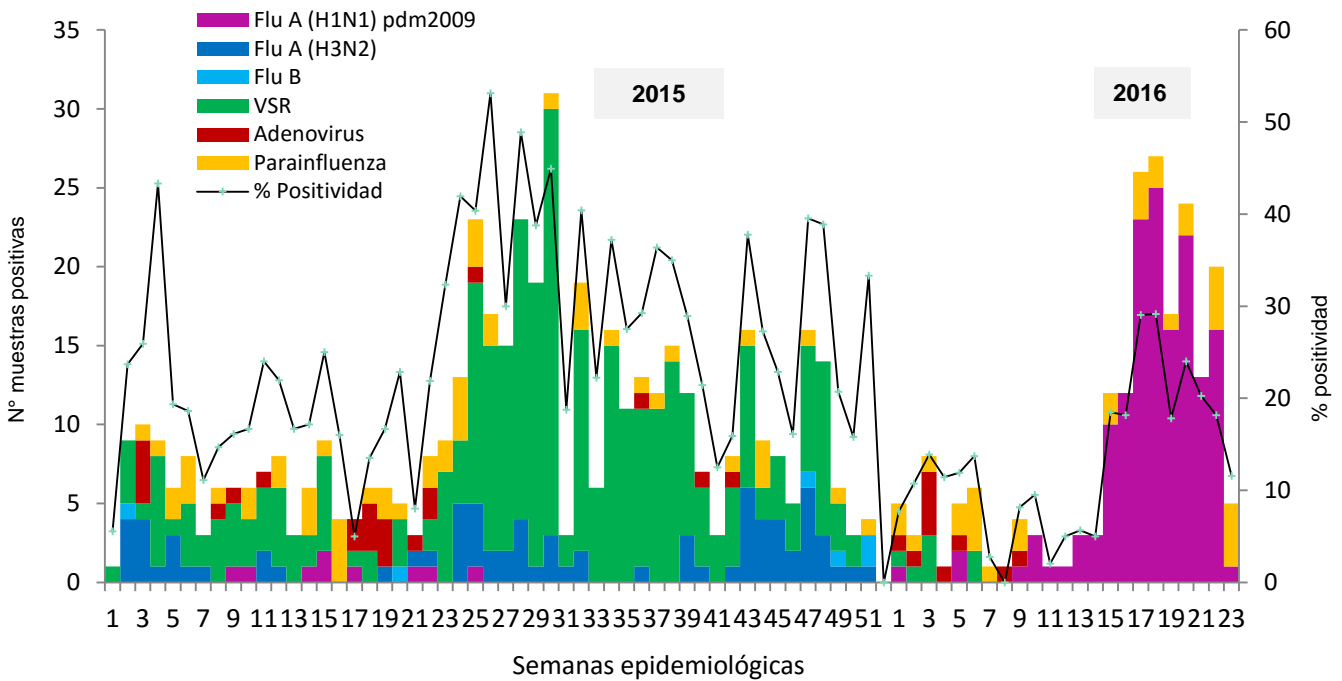
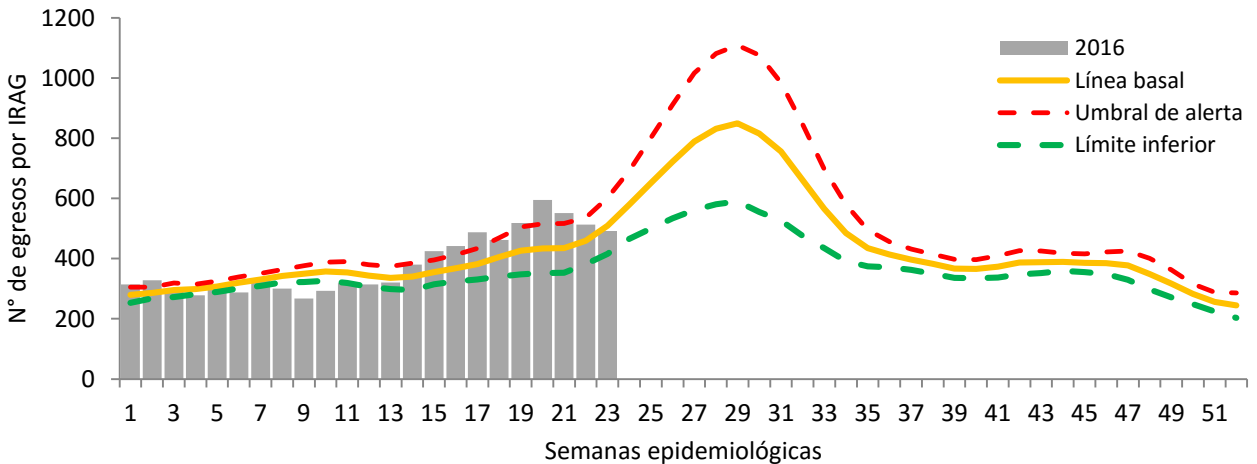
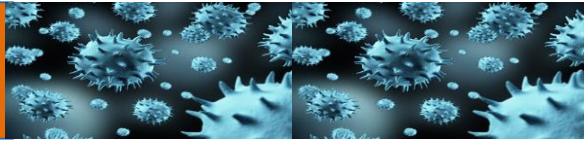


Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 23 – 2016



A partir de la semana 14 se observa una tendencia al incremento de los egresos por diagnósticos de IRAG (a predominio de diagnósticos de neumonía) lo cual sigue un patrón esperado en el corredor endémico. Durante el período de la semana epidemiológica 1 – 23, el 5.3% de todos los egresos hospitalarios se deben a diagnósticos de IRAG. El 70.7% de egresos por IRAG corresponde a los menores de 5 años y el grupo de adultos de edad igual o mayor a 60 años concentra el 12.9% de los egresos de IRAG. El 4.8% de los casos IRAG egresaron fallecidos.

Influenza



I. Generalidades

La influenza es una enfermedad respiratoria aguda de origen viral que constituye un problema de salud pública ya que suele propagarse rápidamente en forma de epidemias estacionales. Se ha descrito que en los países tropicales el virus de influenza circula durante todo el año, mientras que en los países con climas templados las epidemias estacionales se producen sobre todo durante el invierno.

El virus de influenza es un virus ARN de la familia Orthomyxoviridae, y existen tres tipos de virus que causan enfermedades en seres humanos: A, B y C. Los virus de influenza A y B causan las epidemias estacionales. Los virus de influenza tipo B causan brotes esporádicos con alta mortalidad en los adultos mayores. Los virus de influenza tipo C causan una enfermedad respiratoria leve y no se cree que causen epidemias. El virus de influenza tipo A está relacionado con grandes epidemias y pandemias.

Respecto al virus de influenza A, en el humano actualmente circulan en el mundo los virus A(H1N1) estacional, A(H1N1)pdm09 y A(H3N2).

Desde el fin de la pandemia de influenza en el año 2010, el virus de influenza A(H1N1)pdm09 es considerado un virus estacional, lo cual significa que continuará circulando como los demás virus de influenza conocidos.

La temporada de influenza ha iniciado en el país, y se está caracterizando por una alta circulación del virus de influenza A(H1N1)pdm09; y dado que influenza A(H1N1)pdm09 afecta principalmente a adultos jóvenes se deben tomar las medidas correspondientes para disminuir la morbilidad y mortalidad por la enfermedad.

II. Transmisión y aspectos clínicos

El virus de la influenza se transmite:

- De persona a persona por contacto directo, especialmente por medio de gotitas que se forman cuando una persona enferma tose o estornuda.
- Por contacto indirecto con objetos contaminados; las manos desempeñan un papel importante en este tipo de transmisión.

El período contagioso abarca desde un día antes de la aparición de los síntomas hasta tres a siete días después. El período de incubación del virus es de uno a cuatro días.

La presentación clínica de la enfermedad varía mucho, ya que la infección puede ser asintomática, producir un síndrome gripal o incluso desarrollar una enfermedad grave que puede ocasionar la muerte. Las personas con mayor predisposición a sufrir complicaciones son niños menores de 2 años, adultos mayores de 60 años, embarazadas, personas con enfermedades crónicas: hipertensión arterial, diabetes, obesidad, asma, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, inmunosupresión, enfermedad renal crónica, entre otras.

Los síntomas de influenza pueden incluir: fiebre de 38°C o más, tos, dolor de garganta, congestión nasal, cefalea, mialgia, postración, coriza y síntomas digestivos. La tos es generalmente intensa y persistente. Los síntomas de influenza varían según la edad del paciente, enfermedades crónicas subyacentes y la respuesta inmunológica individual.

El virus de influenza puede causar una infección primaria de las vías respiratorias superiores o inferiores, y en algunas ocasiones actuar junto con otro virus o bacteria causando una coinfección.

Recomendaciones para la prevención y control de enfermedades respiratorias

Ante una posible alza de casos de enfermedad respiratoria por virus respiratorios y particularmente **influenza A** se debe tomar en cuenta que la severidad de la enfermedad puede variar dependiendo de diversos factores, y aunque en la mayoría de las personas produce una *enfermedad leve*, en otras puede convertirse en una afección seria que incluso puede causar la muerte.

Existen ciertos grupos de población en donde se documenta la presentación de enfermedad grave, estos son: niños pequeños (menores de 2 años), adultos mayores de 60 años, embarazadas y personas con ciertas enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión arterial, obesidad, EPOC, insuficiencia renal crónica, enfermedad cardíaca y/o inmunosupresión).

Durante el período de circulación del virus de influenza, debe considerarse que un paciente con síntomas respiratorios agudos que consulta a los servicios de salud es un potencial caso de enfermedad debida a influenza.

A los servicios de salud se recomienda:

1. Continuar con las actividades rutinarias de vigilancia de la influenza: ETI, IRAG e IRAG inusitados.
2. En los hospitales, se recomienda hacer una evaluación minuciosa de los pacientes que han sido referidos por enfermedades respiratorias agudas desde el primer nivel de atención.
3. Ante la sospecha de influenza, el tratamiento con Oseltamivir debe iniciarse de inmediato sin esperar diagnóstico de laboratorio. El éxito del tratamiento antiviral es mayor si se inicia durante las primeras 48 horas de inicio de síntomas.
4. Supervisar y garantizar que el personal de salud cumpla con las medidas de protección personal estándares (uso de mascarillas entre otras).
5. Garantizar que todas las áreas de atención de pacientes dispongan de los insumos necesarios para la higiene de manos.

A la población se recomienda:

1. Lavado de manos frecuentemente, especialmente antes y después del contacto directo con pacientes, o después del contacto con sus artículos personales o su entorno inmediato.
2. Personas con cuadros agudos de fiebre y tos deben evitar ir a los lugares de trabajo y/o lugares públicos hasta que desaparezca la fiebre.
3. Acudir tempranamente a los establecimientos de salud para recibir atención oportuna.
4. Vacunarse contra la influenza estacional, con el objetivo de prevenir enfermedad severa y reducir la mortalidad.
5. Seguir estrictamente las medidas generales de **higiene respiratoria y etiqueta de la tos**: cubrirse la boca y la nariz al toser o estornudar; usar pañuelos de papel para contener las secreciones respiratorias y posteriormente desecharlos.
6. Implementar y/o activar el funcionamiento de los filtros para la prevención de brotes en centros educativos y 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.

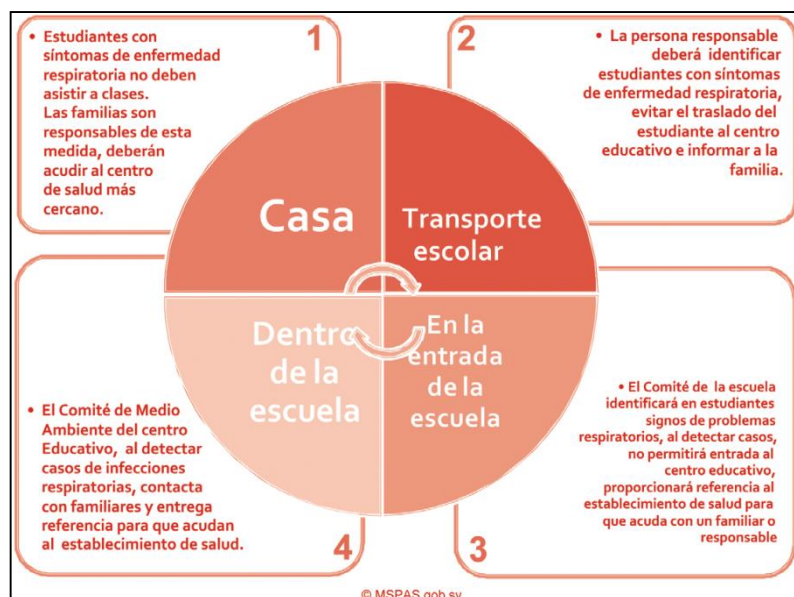
1. Primer filtro

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.

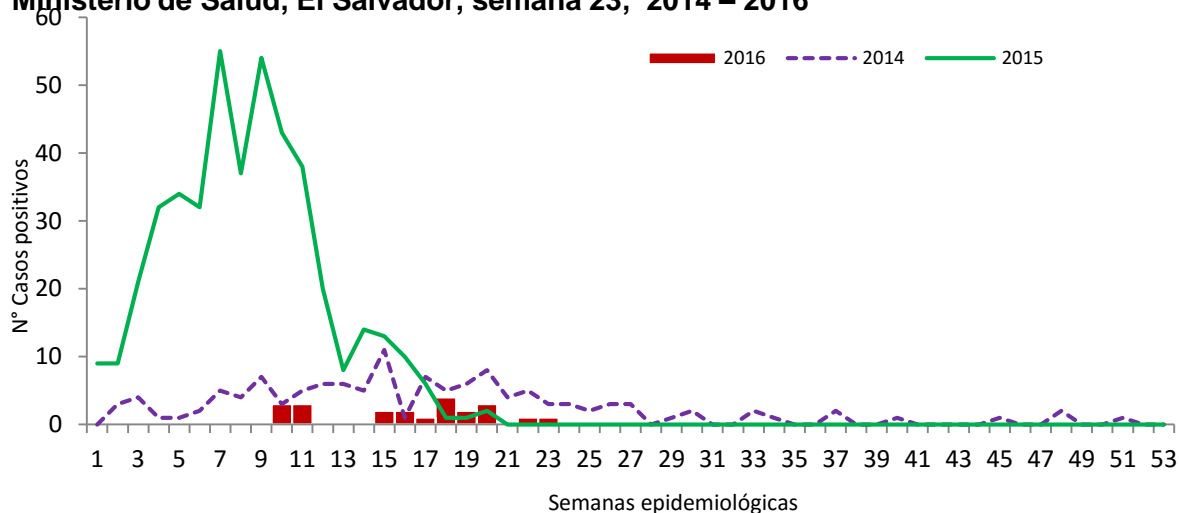
Fuente:

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

VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS, SE 23 – 2016

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la vigilancia centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 23, 2014 – 2016



La positividad de la semana 23 corresponde a 2% (1/41). Continúa una baja circulación de rotavirus durante este año.

Durante el año 2016, en el período de las semana epidemiológica 1 – 23 se ha notificado un total de 846 casos sospechosos de rotavirus y de estos resultaron 22 positivos, con una positividad acumulada de 3% lo cual se contrasta con lo observado en el mismo período de 2015 donde se tomó muestra a 1,206 sospechosos y de ellos 441 (37%) fueron positivos, lo que significa para este año una reducción de 34 puntos porcentuales en la positividad acumulada.

Durante la semana 23 se confirmó **un caso de rotavirus**, captado en Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel, una paciente femenina de 32 meses de edad, sin historial de vacunación contra rotavirus; su procedencia es el área rural del municipio El Carmen del departamento de La Unión.

Tabla 1.- Casos investigados a través de la vigilancia centinela de rotavirus según establecimiento, positividad y grupos de edad, Ministerio de Salud, El Salvador SE 23 – 2016

Establecimientos centinela de Rotavirus	Casos investigados		%	Casos investigados por edad		
	Sospechosos	Rotavirus (+)		Positividad	< 12 meses	12 a 23 meses
Hospital Nacional San Juan de Dios Santa Ana	9	0	0%	5	4	0
Hospital Nacional Cojutepeque	16	0	0%	6	10	0
Hospital Nacional San Bartolo	5	0	0%	4	1	0
Hospital Nacional San Juan de Dios San Miguel	5	1	20%	2	2	1
Hospital Nacional San Rafael	3	0	0%	0	0	3
Hospital Nacional Zacatecoluca	3	0	0%	2	1	0
Total	41	1	2%	19	18	4

Fuente: VIGEPES

12

MORTALIDAD MATERNA

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 13 de junio 2016.

Del 01 de enero al 13 de junio de 2016, de las muertes maternas notificadas se auditaron 16, de las cuales 62.5% (10) fueron clasificadas como de causa directa, 25.0% (4) indirecta y 12.5% (2) no relacionada.

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

Las muertes maternas (directas e indirectas), proceden de los departamentos de: San Salvador (4), Santa Ana (2), San Vicente (2), Chalatenango (1), La Libertad (1), Cuscatlán (1), La Paz (1), Cabañas (1) y San Miguel (1).

Muertes Maternas	2015	2016
Auditadas	26	16
Causa Directa	12	10
Causa Indirecta	4	4
Causa no relacionada	10	2

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

Base de datos muerte materna. (UAIM)

13

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en la Red de hospitales del Ministerio de Salud, 01 de enero al 13 de junio de 2015-2016. (Se excluyen las muertes de otra nacionalidad).

Del 1 de enero al 13 de junio de 2016, se notifican 500 muertes menores de 5 años, 1 muerte mas comparado con el mismo período del 2015 (499 muertes).

Hasta el 13 de junio del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 83% (414/500), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (414), el 57% (234) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 73% (170) corresponde al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, 77% (319) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (71), La Libertad (50), San Miguel (41), Santa Ana (41), Usulután (33), Sonsonate (31), Ahuachapán (26) y Chalatenango (26).

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