

República de El Salvador

Ministerio de Salud

Dirección de Vigilancia Sanitaria

Boletín Epidemiológico Semana 36 (del 3 al 9 de septiembre de 2017)

CONTENIDO

1. Monografía: Leptospirosis (OPS).
2. Resumen de eventos de notificación hasta SE 36/2017
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.

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 35 del año 2017. Para la (elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,126 unidades notificadoras (91.2%) 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 69.8% 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.

Introducción

La leptospirosis es una enfermedad zoonótica de potencial epidémico, principalmente después de lluvias fuertes, causada por una bacteria llamada leptospira. *Leptospira interrogans* es patogénica para los hombres y los animales, con más de 200 variedades serológicas o serovariedades. Los seres humanos generalmente adquieren la leptospirosis por contacto directo con la orina de animales infectados o con un ambiente contaminado por orina. La transmisión de humano a humano ocurre muy raramente. La leptospirosis puede presentarse con una amplia variedad de manifestaciones clínicas, desde una forma leve a una enfermedad grave y a veces fatal. Sus síntomas pueden parecerse a varias enfermedades, como influenza, dengue y otras enfermedades hemorrágicas de origen viral; es importante el diagnóstico correcto (clínico y de laboratorio) al inicio de los síntomas para evitar casos graves y salvar vidas principalmente en situaciones de brotes.

Situación epidemiológica internacional

La leptospirosis ocurre mundialmente, pero es endémica principalmente en países con climas húmedos subtropicales y tropicales. Estimaciones indican que hay más de 500,000 casos mundiales de leptospirosis anualmente. Es una enfermedad de potencial epidémico, principalmente después de lluvias fuertes o inundaciones. Se han registrados brotes en Brasil, Nicaragua, Guyana y en varios otros países de América Latina; aunque se han descrito casos en la mayoría de los países de las Américas. La mayoría de casos registrados tienen una manifestación severa, por lo cual mortalidad es mayor de 10%. No se conoce precisamente el número de casos humanos debido al subdiagnóstico o diagnóstico erróneo.

Los brotes de leptospirosis son muchas veces relacionados con inundaciones y huracanes. La leptospirosis también puede ser un riesgo ocupacional para los que trabajan al aire libre o con animales, por ejemplo, los plantadores de arroz y caña de azúcar, agricultores, trabajadores en alcantarillas, veterinarios, trabajadores de lechería, y personal militar. También puede ser un riesgo para aquellos que hacen recreación en aguas contaminadas. La leptospirosis es un problema de salud pública humana y veterinaria. Las numerosas cepas de *Leptospira* pueden establecer infecciones en una variedad de huéspedes animales que incluye los roedores, el ganado y otros animales domésticos, mientras que los humanos sirven como huéspedes accidentales.

Animales domésticos y silvestres en estado de portador pueden liberar leptospiras intermitentemente por muchos años o hasta durante toda la vida.

Leptospirosis en humanos

Diagnóstico clínico:

Generalmente, la enfermedad se presenta en cuatro categorías clínicas amplias:

- I. Una enfermedad leve con los síntomas de tipo gripal;
 - II. Síndrome de Weil caracterizado por ictericia, falla renal, hemorragia y miocarditis con arritmias;
 - III. Meningitis/meningo encefalitis;
 - IV. Hemorragia pulmonar con falla respiratoria.
- Características clínicas más frecuentes: Fiebre; dolor de cabeza, mialgia (en particular en el músculo de la pantorrilla), infección conjuntival, ictericia; malestar general entre otros síntomas/signos

- Período de incubación: 5-14 días, con un rango de 2-30 días
- Fácilmente confundido con otras enfermedades comunes en los trópicos, como el dengue y otras fiebres hemorrágicas
- El diagnóstico de la leptospirosis debe ser considerado en cualquier paciente que presente fiebre súbita, escalofríos, inyección conjuntival, dolor de cabeza, mialgia e ictericia
- Historia de exposición ocupacional o recreacional a animales infectados o a un ambiente posiblemente contaminado con orina de animales

Diagnóstico diferencial

Las siguientes enfermedades deben ser consideradas en diagnóstico diferencial de la leptospirosis: influenza, dengue y fiebre hemorrágica del dengue, infección por Hantavirus, fiebre amarilla y otras fiebres hemorrágicas virales, rickettsiosis, borreliosis, brucelosis, malaria, pielonefritis, meningitis aséptica, intoxicación por sustancias químicas, intoxicación alimentaria, fiebre tifoidea y otras fiebres entéricas, hepatitis virales, fiebre de origen desconocido, la seroconversión primaria por VIH, enfermedad de legionario, toxoplasmosis, mononucleosis infecciosa, la faringitis.

Pruebas de laboratorio

El diagnóstico es generalmente basado en la serología junto con una presentación clínica y datos epidemiológicos (antecedentes de posible exposición, presencia de factores de riesgo).

La prueba de aglutinación microscópica (MAT por su sigla en inglés) y el inmunoensayo enzimático o enzimoimmunoanálisis (ELISA) son dos pruebas serológicas utilizadas para el diagnóstico de laboratorio de leptospirosis. Para obtener un diagnóstico positivo usando MAT, el estándar de oro, deben ser comparadas al menos dos muestras consecutivas de suero, tomadas a intervalos de cerca de 10 días, para observar un incremento de cuatro veces o más en anticuerpos. El aislamiento de leptospiras de la sangre, orina u otros materiales clínicos a través del cultivo, la reacción en cadena de polimerasa (PCR) y las técnicas de tinción inmunológica pueden estar disponibles en algunos centros. El aislamiento de leptospiras es la única prueba directa y definitiva de la infección.

Para el diagnóstico postmortem, además de la serología y el cultivo, las leptospiras pueden ser demostradas en tejido usando PCR o coloración (inmunohistoquímica) en especial por inmunofluorescencia directa.

Tratamiento

- Iniciar la terapia con antibióticos (preferiblemente antes del quinto día desde la aparición de la enfermedad) de los casos sospechosos
- Los casos menos severos pueden ser tratados con antibióticos orales como la amoxicilina, ampicilina, doxiciclina o eritromicina. Cefalosporinas de tercera generación (ceftriaxona, cefotaxime) y Quinolonas también son efectivos;
- Los casos severos (icterohemorrágica y/o pulmonar) deben ser tratados con penicilina vía intravenosa (1,5 millones U/iv cada 6 horas), o ceftriaxona (1g/iv por día), o ampicilina (1g/iv cada 6 horas), por 7 días.

- También es necesario hospitalización y cuidado intensivo con una estricta atención al balance de líquidos y electrolitos. Hemodiálisis o diálisis peritoneal se recomienda para la insuficiencia renal;
- Reacciones de Jarisch-Herxheimer pueden ocurrir después del tratamiento con penicilina;
- Los médicos nunca deben esperar los resultados del laboratorio para empezar el tratamiento con antibióticos debido a que las pruebas serológicas no son positivas hasta cerca de una semana después de la aparición de los síntomas y los cultivos pueden no resultar positivos hasta después de varias semanas;
- Profilaxis: En situaciones de alto riesgo un médico puede recetar la Doxiciclina 200 mg/vía oral 1 vez por semana como profilaxis a grupos específicos, mientras se mantiene el riesgo de contagio

Fuente:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=7821&Itemid=39696&lang=es

Créditos: O. Chávez (OPS)

2

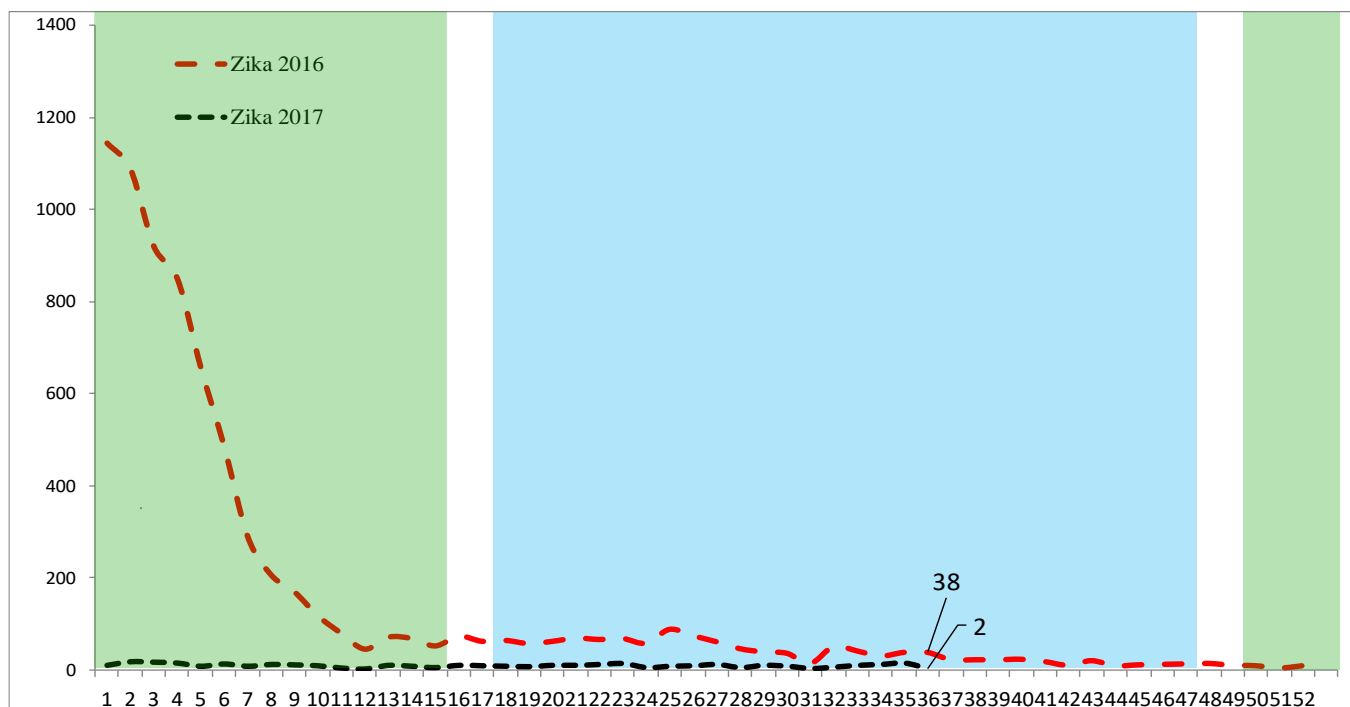
Resumen de eventos de notificación hasta SE 36/2017

No	Evento	Semana	Acumulado		Diferencia	(%)
		Epidemiológica	2016	2017	Absoluta	Diferencial para 2017
		36				
1	Infección Respiratoria Aguda	33,840	1,495,304	1,567,400	72,096	(5)
2	Dengue sospechosos	79	7,177	2,902	4,275	(-60)
3	Chikungunya	7	5,745	437	5,308	(-92)
4	Zika	2	7,370	335	7,035	(-95)
5	Paludismo Confirmado *	0	12	4	8	(-67)
6	Diarrea y Gastroenteritis	3,233	231,227	266,449	35,222	(15)
7	Parasitismo Intestinal	2,509	135,943	122,216	13,727	(-10)
8	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1,061	48,273	42,827	5,446	(-11)
9	Neumonías	1,264	31,147	36,437	5,290	(17)
10	Mordido por animal trans. de rabia	346	13,835	14,251	416	(3)

* Casos importados

3 Situación epidemiológica de zika

Casos sospechosos y confirmados de Zika SE 01-52 2016 y SE 01-36 de 2017



Resumen casos sospechosos de Zika SE 36 de 2017

	Año 2016	Año 2017	Dif.	% de variación
Casos Zika (SE 1-36)	7,370	335	-7,035	-1
Fallecidos (SE 1-36)	0	0	0	0

Para la semana 36 de 2017, se tiene un acumulado de 335 casos sospechosos, lo cual significa una reducción notable (96%) en la tendencia de casos, respecto del año 2016 en el que para el mismo periodo se registró 7,035 sospechosos.

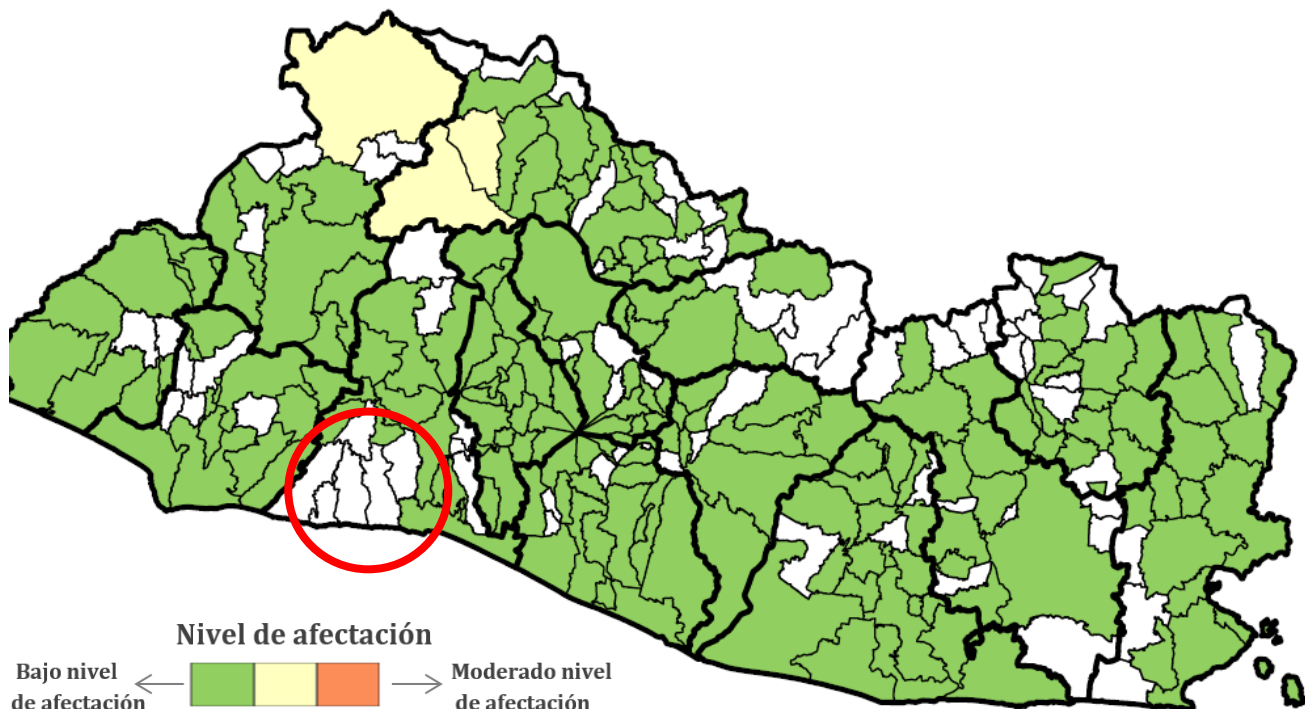
Casos sospechosos de Zika por grupo de edad SE 36 de 2017

Grupos edad	Total general	Tasa
< 1	62	56
1-4	18	4
5-9	8	1
10-19	39	3
20-29	93	7
30-39	59	7
40-49	39	5
50-59	11	2
>60	6	1
Total general	335	5

Las tasas acumuladas durante las primeras semanas de 2017 reflejan un incremento en los menores de 1 año con una tasa de 56 casos por 100,000 menores de 1 año, seguido por el grupo de 20 a 29 años y de 30 a 39, ambos con una tasa de 7.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Nueva estratificación de municipios en base a criterios epidemiológicos y entomológicos para Arbovirosis, El Salvador **Agosto 2017**.



Nivel de alerta	No.
Municipios con afectación grave	0
Municipios con afectación moderada	3
Municipios con afectación leve	183
Municipios sin afectación	76

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

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

SOBRE SITUACION EPIDEMIOLÓGICA:

- No hay ningún municipio con afectación grave en el territorio Salvadoreño.
- **ACTUALMENTE HAY 3 MUNICIPIOS que presentan afectación moderada: Metapan de Santa Ana, Agua Caliente y Nueva Concepción de Chalatenango**
- **Hay 183 municipios a nivel nacional con niveles de afectación leve y 76 fuera de cualquier tipo de alerta**
- Todos los municipios de la Región Occidental, Central y Paracentral de Salud han alcanzado niveles de leve o ninguna afectación.
- Los municipios costeros de la Libertad donde se desarrolla el proyecto de control biológico con alevines continúan representando un Clúster de municipios sin ningún tipo de afectación por enfermedades arbovirales.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE ZIKA

Casos sospechosos de Zika por departamento y municipios SE 36 de 2017

Departamentos	Total general	Tasa
Chalatenango	26	13
Cuscatlan	21	8
San Salvador	139	8
San Vicente	12	7
Santa Ana	31	5
Usulután	16	4
La Libertad	29	4
Cabañas	6	4
Sonsonate	17	3
San Miguel	15	3
La Unión	7	3
La Paz	8	2
Morazan	3	1
Ahuachapán	3	1
Guatemala	1	
Honduras	1	
Total general	335	5

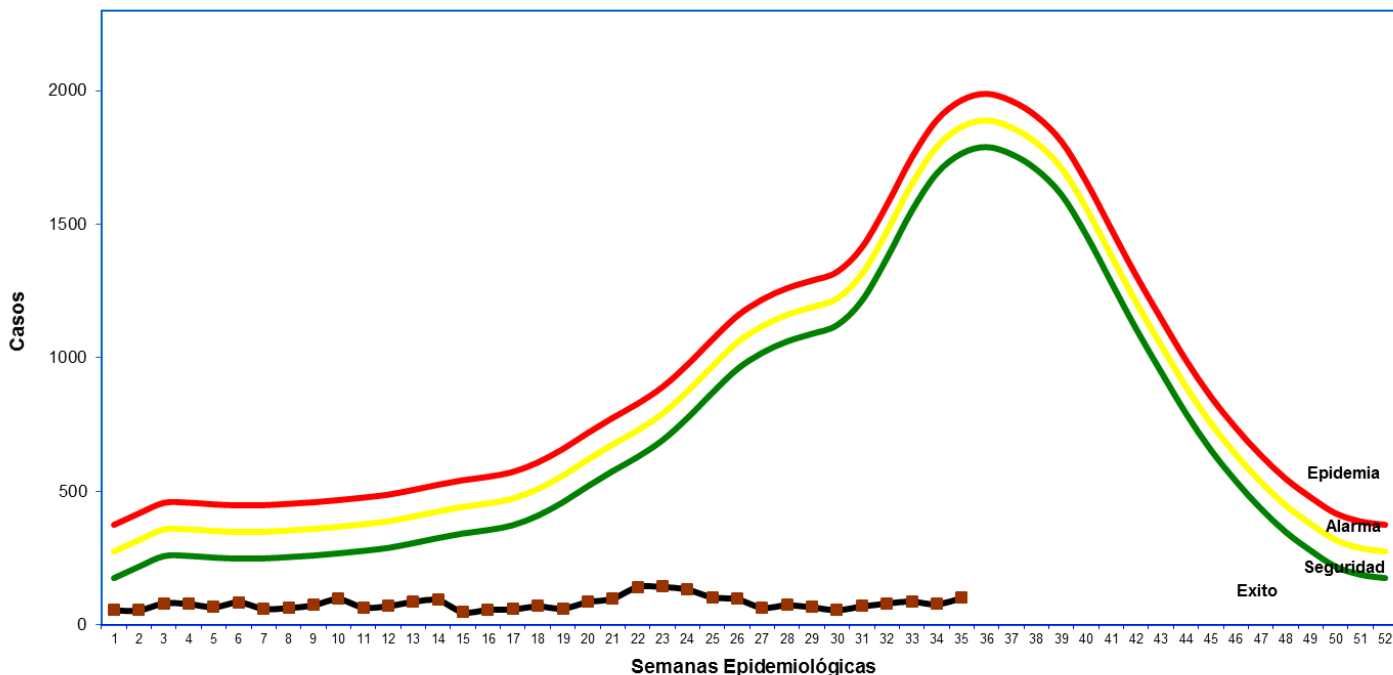
La tasa nacional acumulada registra 5 casos por 100,000h. Los 4 departamentos con tasas más altas por encima de la tasa nacional son: Chalatenango (12), San Salvador (8), Cuscatlán (8) y San Vicente (7).

Casos y tasas de sospechosos de Zika en embarazadas SE 36 de 2017

Departamentos	Total general	Tasa
Chalatenango	5	2.44
Cabañas	4	2.39
Cuscatlan	3	1.13
La Paz	3	0.83
Usulután	3	0.80
San Salvador	10	0.56
La Libertad	4	0.50
San Miguel	2	0.40
Santa Ana	2	0.34
Sonsonate	1	0.20
Ahuachapán	0	0.00
San Vicente	0	0.00
Morazan	0	0.00
La Unión	0	0.00
Guatemala	0	
Total general	37	0.56

Se registran 37 mujeres embarazadas sospechosas de Zika, de estas, 30 (83%) se encuentran en seguimiento, mismas que fueron muestreadas y sus resultados son negativos, al resto no ha sido posible darles seguimiento por domicilios erróneos brindados. 6 embarazadas de la cohorte ya han verificado parto sin evidencia de anomalías al momento.

Corredor epidémico de casos sospechosos de dengue, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE1-36 de 2017



Hasta la SE36 del presente año, la tendencia de los casos sospechosos notificados en el VIGEPES se ha mantenido constante, los casos se encuentran en zona de éxito.

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1-36 de 2016-2017 y porcentaje de variación

	Año 2016	Año 2017	Diferencia	% de variación
Casos probable de dengue (SE 1-34)	12	93	81	675%
Casos confirmados con y sin signo de alarma (SE 1-35)	95	30	-65	-68%
Casos confirmados dengue grave (SE 1-35)	8	2	-6	-75%
Total casos confirmados Dengue (SE 1-35)	103	32	-71	-69%
Hospitalizaciones (SE 1-36)	1261	610	-651	-52%
Fallecidos (SE 1-36)	1	0	-1	-100%

Hasta SE34 se han presentado, 93 casos probables durante el 2017, lo que representa un aumento del 675% en comparación al 2016. Hasta la SE35, se ha presentado una disminución de los casos confirmados del 69% (71 casos menos) en relación al año 2016. Hasta la SE36 del presente año, se ha presentado una disminución de las hospitalizaciones del 52% (651 casos menos) en relación al año 2016..

Casos probables de dengue SE34 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE 35, por grupos de edad, 2017

Grupo de edad	Probables SE34	Confirmados SE35	Tasa x 100.000
<1 año	2	2	1,8
1-4 años	17	7	1,6
5-9 años	14	9	1,6
10-14 años	14	3	0,5
15-19 años	17	2	0,3
20-29 años	19	6	0,5
30-39 años	2	1	0,1
40-49 años	4	2	0,3
50-59 años	3		0,0
>60 años	1		0,0
	93	32	0,5

Hasta la SE35, los casos confirmados son 32. La tasa nacional es de 0.5 por 100.000 habitantes. Los grupos de edad con tasas arriba del promedio nacional fueron. <1 año, 1-4 años y 5-9 años.

Casos probables de dengue SE34 y tasas de incidencia acumulada de casos confirmados de dengue SE35, por departamento, 2017

Departamento	Probables SE34	Confirmados SE35	Tasa x 100.000
Santa Ana	39	25	4,2
Chalatenango	12	2	1,0
San Vicente	1	1	0,5
La Paz	2	1	0,3
San Salvador	20	2	0,1
Ahuachapán	3	0	0,0
Sonsonate	2	0	0,0
La Libertad	4	0	0,0
Cuscatlán	2	0	0,0
Cabañas	0	0	0,0
Usulután	4	0	0,0
San Miguel	2	0	0,0
Morazan	1	0	0,0
La Unión	0	0	0,0
Otros países	1	1	
	92	31	0,5

Hasta la SE35, los casos confirmados son 31. La tasa nacional es de 0.5 por 100.000 habitantes. Los departamentos con tasas por arriba del promedio nacional fueron: Santa Ana y Chalatenango.

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Resultados de muestras de casos sospechosos de dengue, SE 1-36 2017

Tipo de Prueba	SE 36			SE 1-36		
	Pos	Total	%pos	Pos	Total	%pos
PCR	0	0	0	0	34	0
NS1	4	12	33	36	378	10
IGM	0	0	0	100	492	20
Total	4	12	33	136	904	15

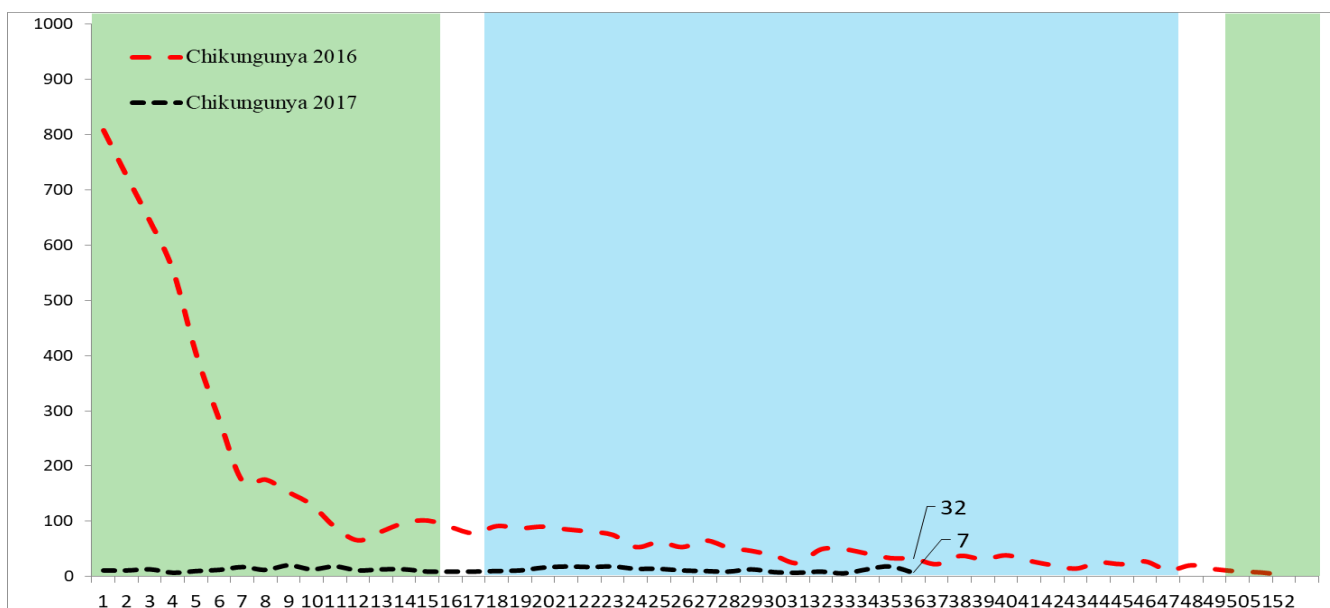
El total de las muestras procesadas hasta la SE36 fueron 904, con una positividad del 15% (136 muestras). Las muestras procesadas en la SE36 fueron 12, para una positividad del 33% (4).

Hasta la SE36 se procesaron 34 muestras con PCR, todas negativas. En SE36 no se procesaron muestras. La positividad de las muestras procesadas de NS1 hasta la SE36 fue 10% (36). Para la SE36 se procesaron 12 muestras, para una positividad del 33% (4).

La positividad de muestras procesadas de IgM hasta la SE36 fue 20% (100). En SE36 no se procesaron muestras.

5

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2016, SE 1-36 de 2017



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 1-36 de 2016-2017

	Semana 36		Diferencia	% de variación
	Año 2016	Año 2017		
Casos Chikungunya (SE 1-36)	5745	437	-5308	-92%
Hospitalizaciones (SE 1-36)	185	18	-167	-90%
Fallecidos (SE 1-36)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE 1-36 de 2017

Departamentos	Total general	Tasa
Chalatenango	60	29.28
Santa Ana	75	12.73
San Vicente	23	12.49
Cuscatlán	19	7.14
San Salvador	115	6.44
Ahuachapán	19	5.23
Usulután	19	5.07
San Miguel	23	4.60
La Libertad	36	4.48
Morazán	9	4.42
Cabañas	6	3.58
La Paz	11	3.03
Sonsonate	15	2.96
La Unión	6	2.24
Guatemala	1	
Honduras		
Total general	437	6.62

En el porcentaje acumulado hasta la SE36 del 2017, se registra una notable tendencia a la reducción en el número de casos. Al comparar los datos de este año con el período similar de 2016, se ha experimentado una importante reducción porcentual de 92% de casos sospechosos y de 90% de hospitalizaciones.

Los departamentos que presentan las mayores tasas por 100,000 habitantes son: Chalatenango, Santa Ana, San Vicente y Cuscatlán (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 1-36 de 2017

Grupos edad	Total general	Tasa
<1 año	32	28.75
1-4 años	45	10.07
5-9 años	28	4.94
10-19 años	75	5.78
20-29 años	111	8.54
30-39 años	72	8.17
40-49 años	46	6.42
50-59 años	15	2.81
>60 años	13	1.79
Total general	437	6.62

De acuerdo con los grupos de edad los más afectados son: menores de un año; de 1 a 4 años, 20 a 29 años y 30 a 39 años

Índice larvario por departamento y proporción de criaderos positivos detectados. SE 36 – 2017, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	24
Chalatenango	16
La Unión	13
Usulután	13
San Vicente	12
La Paz	12
Cuscatlan	11
San Miguel	11
Ahuachapán	10
La Libertad	10
Morazán	9
Sonsonate	8
Santa Ana	8
Cabañas	6
Nacional	11

Depósito	Porcentaje
Útiles	77
Inservibles	19
Naturales	1
Llantas	3

Actividades regulares de eliminación y control del vector que transmite el dengue, Chikungunya y zika SE 36 – 2017

- ❖ 47508 viviendas visitadas, inspeccionando 45065 (95%), realizando búsqueda tratamiento y eliminación de criaderos de zancudos, Población beneficiada 242848 personas.
- ❖ En 22955 viviendas se utilizó 1647 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 217923 depósitos inspeccionados; 5422 tienen como medida de control larvario peces (2.46 %), 155524 abatizados, lavados, tapados entre otros (71.4%) y 56977 eliminados como inservibles (26.14%)
- ❖ Se fumigación 19871 viviendas y 137 áreas colectivas (Centros educativos, iglesias, instalaciones de instituciones entre otros)
- ❖ 38 Controles de foco realizados con medidas integrales. (Búsqueda tratamiento o eliminación de criaderos de zancudos, fumigación intra y peridomiciliar en un radio de 100 metros)
- ❖ 1357 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

- ❖ 10709 charlas impartidas, 31 horas de perifoneo.
- ❖ 2800 material educativo distribuido (Hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano intersectorial participante 1797

- ❖ 79 % Ministerio de salud.
- ❖ 8 % Ministerio de educación y centros educativos
- ❖ 2 % Alcaldías Municipales.
- ❖ 11 % personal de diferentes instituciones públicas, privadas y comunitarias.

- El promedio de casos semanal de enfermedad diarreica aguda es de 7,401 casos.
- Durante la semana 36 se reporta una tasa de 49 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 18 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 35 (67 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 36 del año 2017 (4,048 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2016 (3,546 casos x100mil/hab.), se evidencia un incremento en el riesgo (502 casos x100mil/hab.).
- Los riesgos en base a tasa x 100mil/hab. por Departamentos oscilan entre 1,631 en Ahuachapán y 6,377 en San Salvador. El mayor riesgo en base a tasa de incidencia x100mil/hab. se evidencian en los departamentos de San Salvador 6,377, La Libertad 3,980 y Chalatenango 3,885.
- Del total de egresos por Diarrea, el 52% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (75%) seguido de los adultos mayores de 59 años (6%).

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Hasta la semana 36

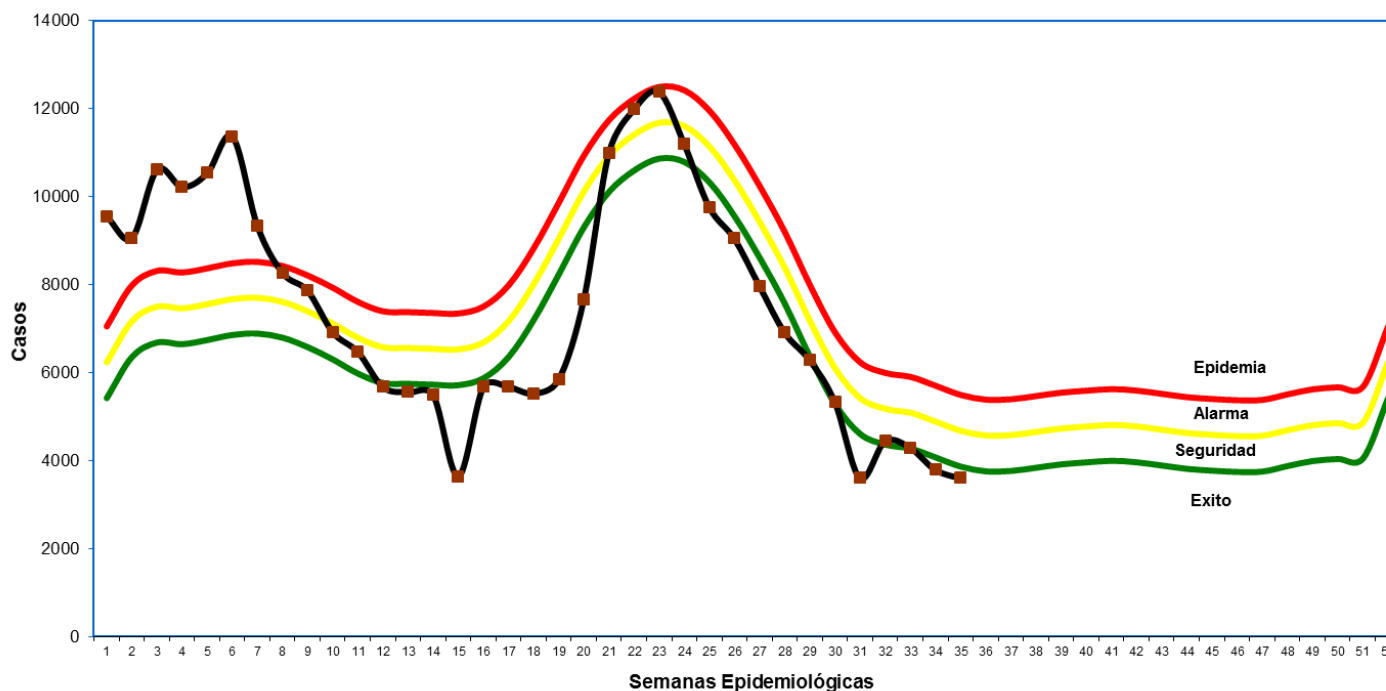
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2017	11,192	31	0.28
2016	10,028	85	0.85

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 12 de septiembre 2017, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de EDAS, SE36 de 2017

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000	Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	25,835	23212	San Salvador	113,920	6,377
1-4 años	73,530	16459	La Libertad	31,993	3,980
5-9 años	21,353	3764	Chalatenango	7,961	3,885
10-19 años	16,940	1306	Usulután	14,456	3,856
20-29 años	40,386	3105	San Miguel	16,771	3,355
30-39 años	30,502	3462	Cabañas	5,595	3,339
40-49 años	23,761	3317	San Vicente	5,987	3,252
50-59 años	16,024	3003	Cuscatlán	8,417	3,162
>60 años	18,118	2489	Santa Ana	18,232	3,094
Total general	266,449	4048	Morazan	5,922	2,906
			La Paz	10,378	2,862
			Sonsonate	13,721	2,709
			La Unión	7,166	2,670
			Ahuachapán	5,930	1,631
			Total general	266,449	4,048

Corredor epidémico de casos de diarreas, según fecha de inicio de síntomas, 2011 - 2016, casos sospechosos SE36 de 2017



Infección Respiratoria Aguda, El Salvador, SE 36-2017

- El promedio de casos semanal de Infección Respiratoria Aguda es de 43,539 casos.
- Durante la semana 36 se reporta una tasa de 514 casos x100mil/hab., que significa una reducción de riesgo de 129 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 35 (643 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 36 del año 2017 (23,814 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2016 (22,932 casos x100mil/hab.), se evidencia un incremento en el riesgo (882 casos x100mil/hab.).
- Los riesgos en base a tasa x100mil/hab. por Departamentos oscilan entre 16,559 en Cuscatlán y 32,525 en Chalatenango. El mayor riesgo en base a tasa de incidencia x100mil/hab. se evidencian en los departamentos de Chalatenango 32,525, San Salvador 30,730 y Usulután 25,064.

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de IRAS, SE36 de 2017

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	128,965	115,873
1-4 años	347,123	77,701
5-9 años	219,304	38,657
10-19 años	150,767	11,623
20-29 años	196,057	15,075
30-39 años	166,517	18,899
40-49 años	142,480	19,890
50-59 años	103,762	19,444
>60 años	112,425	15,445
Total general	1,567,400	23,814

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	66,657	32,525
San Salvador	548,964	30,730
Usulután	93,969	25,064
Morazan	48,564	23,835
San Vicente	43,340	23,538
San Miguel	115,561	23,116
Santa Ana	122,342	20,762
Ahuachapán	75,354	20,732
Sonsonate	104,114	20,554
Cabañas	33,843	20,197
La Unión	53,978	20,109
La Libertad	155,411	19,335
La Paz	61,217	16,884
Cuscatlán	44,086	16,559
Total general	1,567,400	23,814

Neumonías, El Salvador, SE 36-2017

- El promedio de casos semanal de Neumonía es de 1,012 casos.
- Durante la semana 36 se reporta una tasa de 19 casos x100mil/hab., que significa un incremento de riesgo de 5 casos x100mil/hab. respecto a lo identificado en la semana 35 (14 casos x100mil/hab.).
- Comparando la tasa acumulada a la semana 36 del año 2017 (554 casos x100mil/hab.) con el mismo período del año 2016 (448 casos x100mil/hab.), se evidencia un incremento en el riesgo (106 casos x100mil/hab.).
- Los riesgos en base a tasa x100mil/hab. por Departamentos oscilan entre 148 en Sonsonate y 1,067 en San Miguel. El mayor riesgo en base a tasa de incidencia x 100mil/hab. se evidencian en los departamentos de San Miguel 1,067; La Unión 985 y Usulután 874.
- Del total de egresos por Neumonía, el 53% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (74%) seguido de los adultos mayores de 59 años (15%).

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 36

Año	Egresos	Letalidad (%)
2017	15,786	4.01
2016	11,570	5.18

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 12 de septiembre 2017, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos

Casos y Tasas por grupo de edad y Departamento de NEUMONIAS, SE36 de 2017

Grupos de Edad	Total general	Tasa x 100,000
<1 año	12,091	10864
1-4 años	13,841	3098
5-9 años	1,980	349
10-19 años	817	63
20-29 años	558	43
30-39 años	510	58
40-49 años	688	96
50-59 años	944	177
>60 años	5,008	688
Total general	36,437	554

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
San Miguel	5,333	1,067
La Union	2,644	985
Usulután	3,277	874
Morazan	1,685	827
Chalatenango	1,470	717
Cabañas	1,060	633
La Paz	2,260	623
San Vicente	1,087	590
Ahuachapán	2,139	588
Santa Ana	3,411	579
San Salvador	8,393	470
Cuscatlán	946	355
La Libertad	1,982	247
Sonsonate	750	148
Total general	36,437	554

Situación regional de influenza y otros virus respiratorios (OPS/OMS)

Los datos de la última actualización regional en línea de la OPS correspondientes a la semana epidemiológica 34-2017 y publicada el 06 de septiembre reportan :

América del Norte: en general, la actividad de influenza y de otros virus respiratorios ha disminuido en América del Norte. Influenza A(H3N2) e influenza B co-circulan en la región, pero con detecciones bajas reportadas.

Caribe: se ha notificado baja actividad de influenza y otros virus respiratorios en la mayor parte de la sub-región. En Cuba, la actividad de infección respiratoria aguda grave (IRAG) aumentó ligeramente en semanas recientes, con aumento de la circulación de virus sincial respiratorio (VSR).

América Central: la mayoría de los indicadores epidemiológicos se mantienen moderados y se ha reportado actividad aumentada de influenza y de VSR. En El Salvador, Costa Rica y Guatemala, las hospitalizaciones asociadas a IRAG aumentaron ligeramente en semanas recientes, con aumento de actividad VSR.

Sub-región Andina: en general, la actividad de influenza y otros virus respiratorios permaneció baja. La actividad moderada de VSR y hospitalizaciones asociadas a IRAG con co-circulación de influenza A(H3N2) y B continuaron en Colombia.

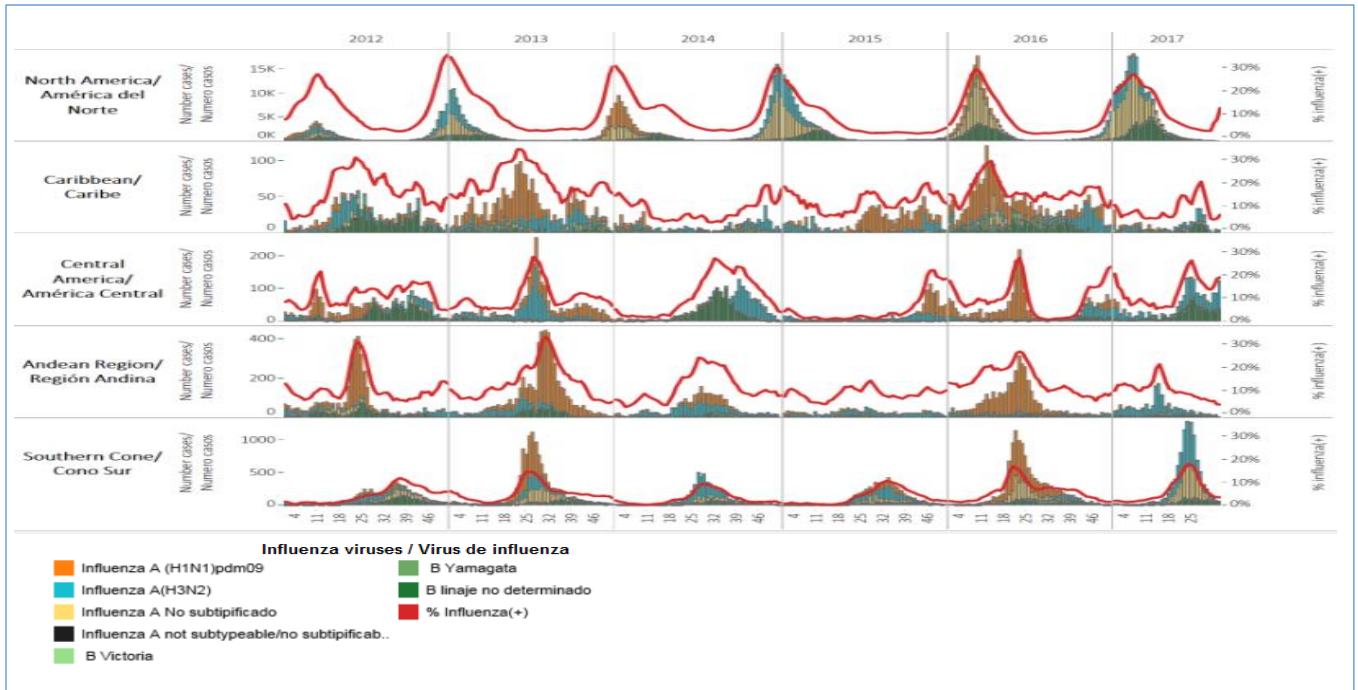
Brasil y Cono Sur: los niveles de influenza reflejaron una tendencia al descenso, a niveles estacionales, en toda la sub-región. La actividad de enfermedad tipo influenza (ETI) y la actividad de IRAG comenzaron a descender en semanas recientes, con predominio de influenza A(H3N2). Se mantiene actividad moderada de VSR en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay.

Nivel global: en la zona templada del hemisferio sur y en algunos países del Sur y Sudeste asiático, elevados niveles de actividad de influenza continúan siendo reportados. En América Central y el Caribe continuó reportándose aumentada actividad de influenza en contados países. La actividad de influenza permaneció en niveles bajos en la zona templada del hemisferio norte. En todo el mundo, predominó el virus influenza A(H3N2).

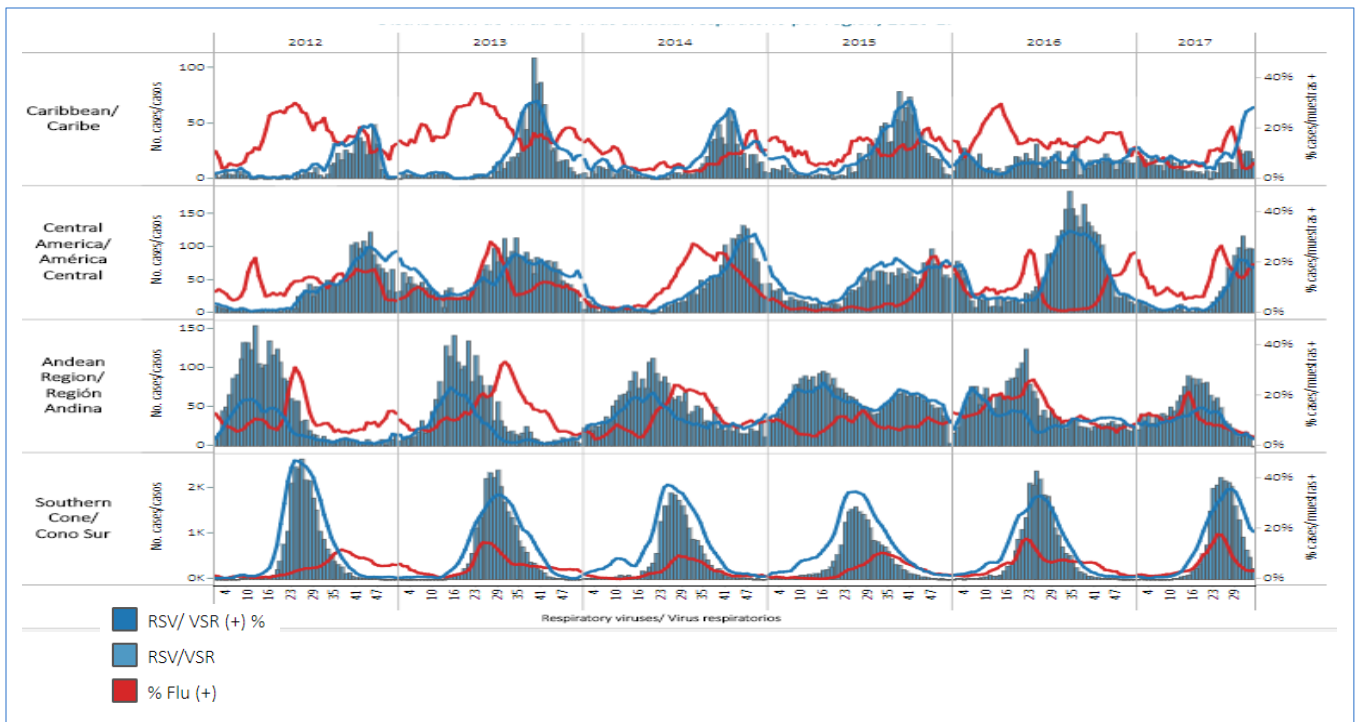
Fuente: Actualización Regional, OPS/OMS

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, 2012 – 2017



Gráfica 2. Distribución de virus de sincicial respiratorio por región, 2012 – 2017



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

Vigilancia centinela de influenza y otros virus respiratorios El Salvador, SE 36 – 2017

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

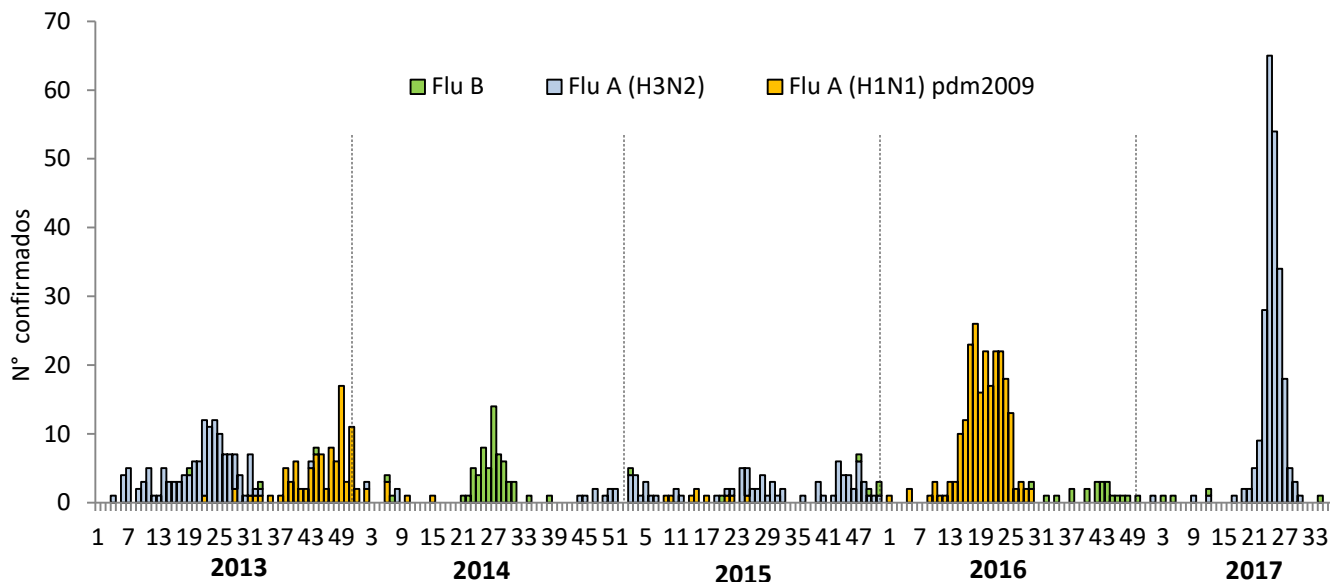


Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 1 – 36, 2016 – 2017

Resultados de Laboratorio	2016 Acumulado SE 1 – 36	2017	SE 36 2017
Total de muestras analizadas	2,320	1,985	25
Muestras positivas a virus respiratorios	296	555	5
Total de virus de influenza (A y B)	234	243	0
Influenza A (H1N1)pdm2009	225	0	0
Influenza A no sub-tipificado	6	9	0
Influenza A H3N2	0	230	0
Influenza B	3	4	0
Total de otros virus respiratorios	62	312	5
Parainfluenza	40	21	0
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	11	290	5
Adenovirus	11	1	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	13%	28%	20%
Positividad acumulada para Influenza	10%	12%	0%
Positividad acumulada para VSR	0.4%	15%	20%

Fuente: VIGEPES

La positividad acumulada para virus respiratorios durante este año continúa siendo mayor que lo observado el año pasado en el mismo período, hasta la semana epidemiológica 36 – 2017 la positividad a influenza es 12%, en comparación con 10% en 2016; en el caso de virus sincicial respiratorio (VSR) la positividad actual es 15% versus 0,4% el año pasado.

Persiste la circulación de VSR aunque los resultados sugieren un ligero descenso en su actividad. Durante la semana 36 únicamente se evidencia circulación del virus sincicial respiratorio (VSR), tres de los cinco casos confirmados esta semana fueron <5 años VSR y de ellos 2 fueron hospitalizados.

Gráfico 1.- Circulación de virus de sincicial respiratorio por semana epidemiológica, vigilancia centinela, El Salvador, 2012 – 2017

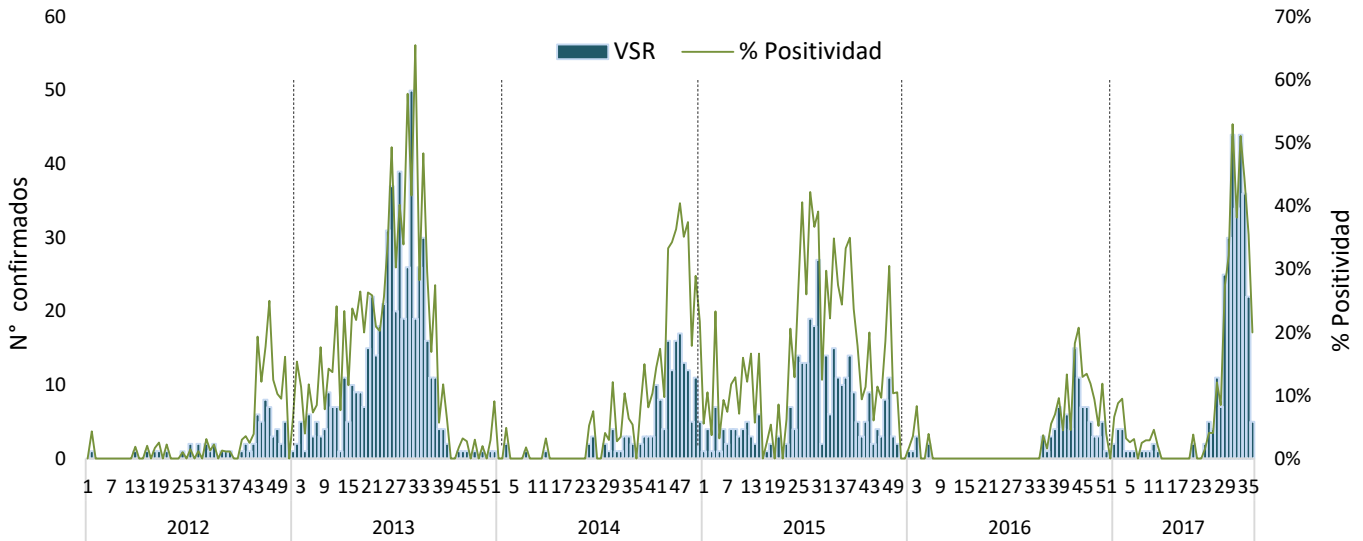


Gráfico 2.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica vigilancia centinela, El Salvador, 2016 – 2017

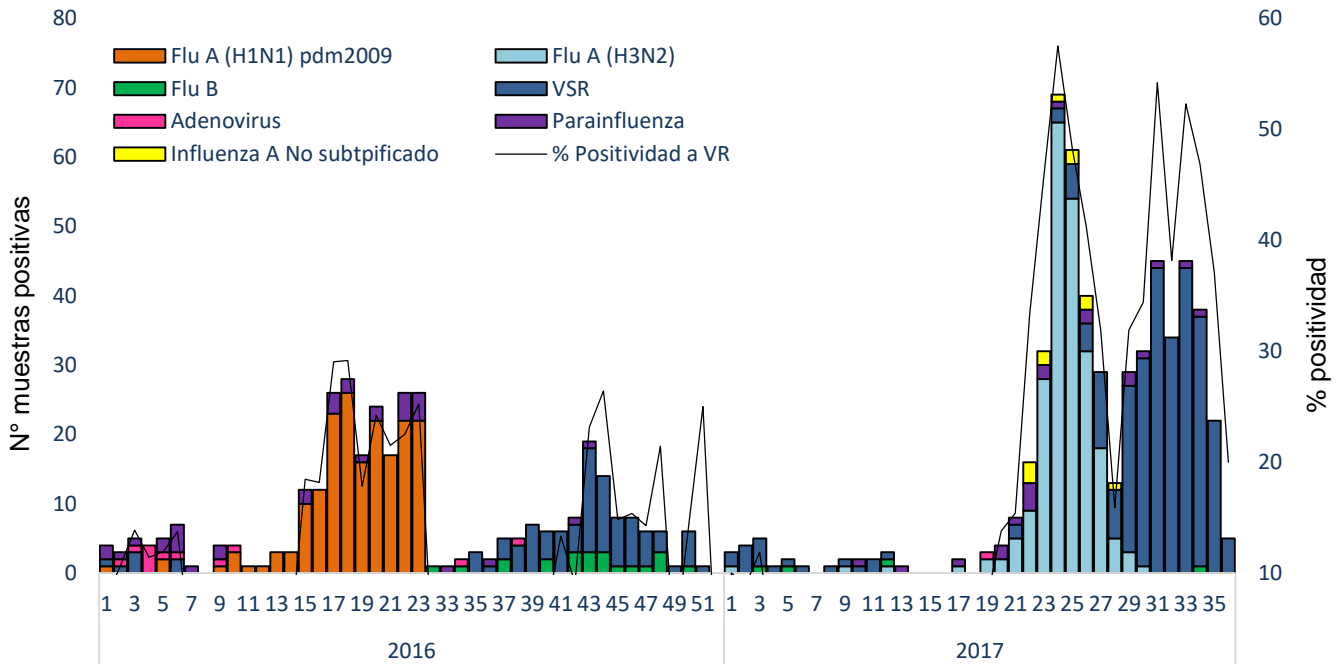
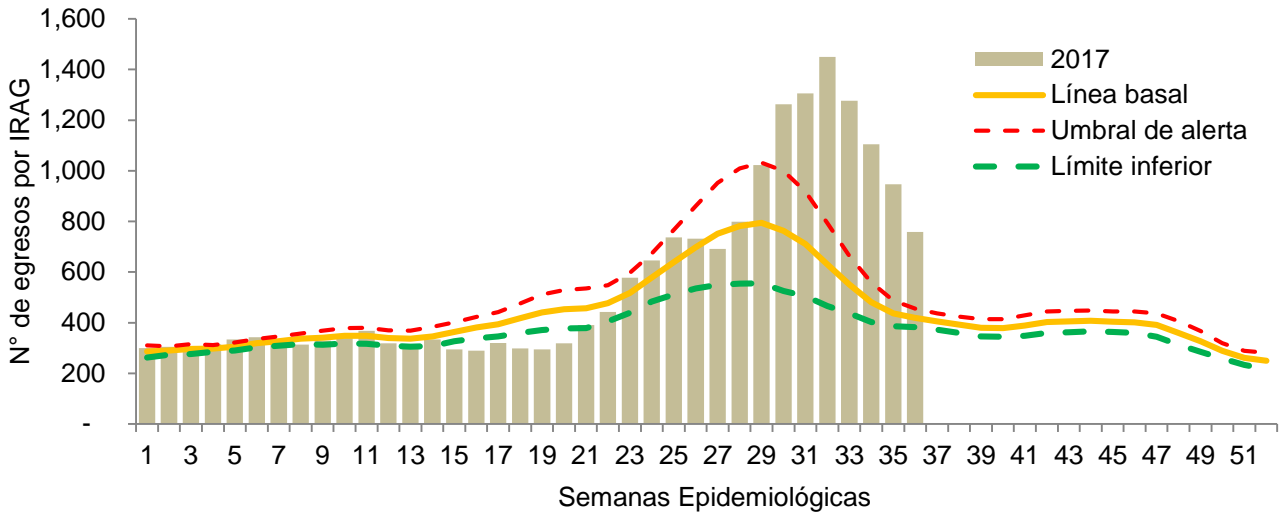


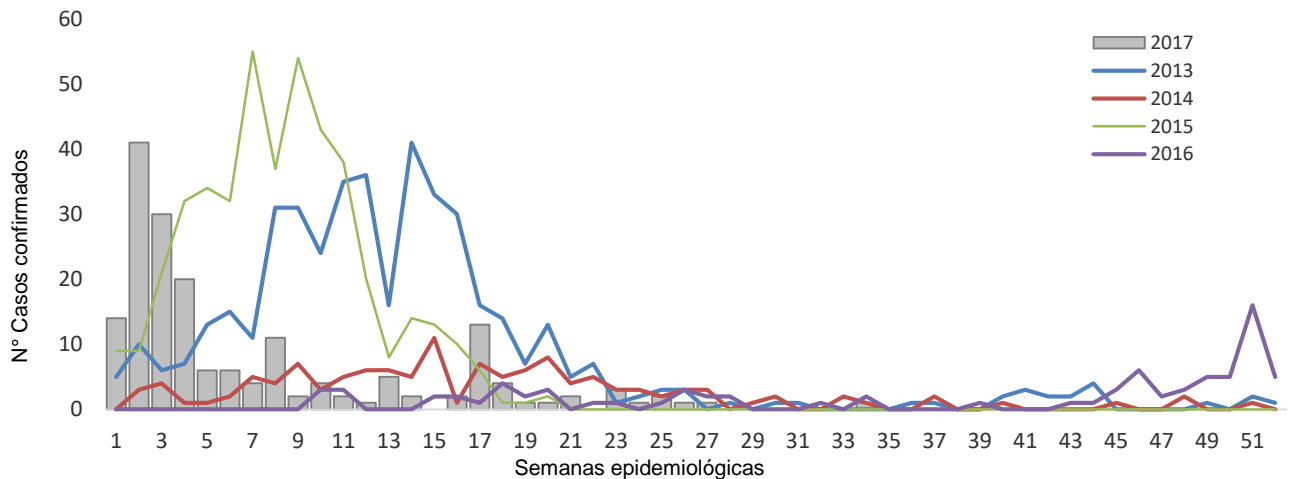
Gráfico 3.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) egresados por semana, MINSAL, El Salvador, Semana 36 – 2017



11

Vigilancia centinela de rotavirus

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, SE 36, 2013 – 2017



- Durante el año 2017, en el período de la semanas epidemiológicas 1 – 36 se ha notificado un total de 2,135 casos sospechosos de rotavirus y de estos se ha procesado 1,136 muestras, de las cuales han resultado 180 positivos, con una proporción de positividad de 16%, lo que contrasta con lo observado hasta la misma semana de 2016, donde se tomó muestra a 1,438 sospechosos y de ellos 34 fueron casos confirmados (2% de positividad).
- En la semana 36 se investigó 14 casos sospechosos y todos fueron negativos a rotavirus.



Virus sincicial respiratorio (VSR)

El virus sincicial respiratorio (VSR) causa infecciones agudas de las vías respiratorias en personas de todas las edades y es una de las enfermedades más comunes de la primera infancia. La mayoría de los bebés son infectados durante el primer año de vida y presentan síntomas de las vías respiratorias altas, un 20% a 30% desarrollan enfermedad del tracto respiratorio inferior (por ejemplo bronquiolitis y neumonía) con la primera infección.

Los signos y síntomas de la bronquiolitis suelen comenzar con rinitis y tos, que evolucionan a un aumento del esfuerzo respiratorio con taquipnea, sibilancias, estertores, crepitaciones, retracciones intercostales, y/o subcostales, respiración con ruidos roncós y aleteo nasal.

Las reinfecciones por VSR a lo largo de la vida es común, pero las infecciones posteriores suelen ser menos severas que las primarias. La infección recidivante por VSR en niños mayores y adultos suele manifestarse como enfermedad leve de las vías respiratorias altas. La enfermedad seria que afecta a las vías respiratorias bajas puede desarrollarse en niños mayores y adultos, especialmente en personas inmunocomprometidas, personas con enfermedad cardiopulmonar y adultos mayores, en particular aquellos con comorbilidades.

Los seres humanos son la única fuente de infección. El VSR suele transmitirse por contacto directo o cercano con secreciones contaminadas, lo que puede ocurrir por exposición a gotas grandes de partículas en distancias cortas o por fómites. El VSR puede persistir viable en superficies medioambientales durante varias horas y por 30 minutos o más en las manos. El período de incubación oscila entre 2 y 8 días; entre 4 y 6 días es lo más común. La infección en el personal de atención sanitaria y otros puede ocurrir por contacto entre las manos y el ojo o auto inoculación de las manos al epitelio nasal con secreciones contaminadas. La imposición de políticas de control de infecciones es fundamental para reducir el riesgo de transmisión en la atención sanitaria.

Medidas de prevención:

- **Lávese las manos frecuentemente:** con agua y jabón durante 20 segundos, y ayude a los niños pequeños a que hagan lo mismo. Si no dispone de agua y jabón, use limpiadores para manos a base de alcohol.
- **No se lleve las manos a la cara:** Evite tocarse los ojos, la nariz y la boca si no se ha lavado las manos. Los microbios se transmiten de este modo.
- **Evite el contacto cercano con las personas enfermas:** como dar besos, abrazar o compartir vasos, tazas o cubiertos con las personas que tengan síntomas similares a los del resfriado.
- **Cúbrase la nariz y la boca cuando tosa o estornude:** cúbrase con un pañuelo desechable y luego bote el pañuelo en la basura.
- **Limpie y desinfecte las superficies** y los objetos que las personas toquen frecuentemente como los juguetes y las manijas de las puertas. Cuando las personas infectadas con el VSR tocan superficies y objetos, pueden dejar allí los microbios. Además, cuando tosen o estornudan, las gotitas que expulsan y que contienen microbios pueden caer en las superficies y objetos.
- **Quédese en la casa si está enfermo:** si es posible no vaya al trabajo, la escuela ni a lugares públicos cuando esté enfermo. Esto ayudará a proteger a los demás de contraer su enfermedad.

Fuente:

- American Academy of Pediatrics. Red Book 30ª Edición. Informe 2015 del Comité sobre enfermedades infecciosas. Pag. 667 – 668.
- <http://www.cdc.gov/spanish/especialescdc/vrs/>