



Boletín Epidemiológico
Semana 32 (del 3 al 9 de Agosto año 2014)

CONTENIDO

1. Enfermedad por el Virus del Ébola
2. Resumen de eventos de notificación hasta SE 32/2014
3. Situación epidemiológica del Dengue
4. Situación epidemiológica CHIKV
5. Infección Respiratoria Aguda
6. Neumonías
7. Vigilancia Centinela
8. Enfermedad Diarreica Aguda
9. Mortalidad materna
10. Mortalidad en menores de 5 años
11. Vigilancia de Cólera (se notificará una vez al mes)
12. VIH (se notificará cada trimestre)
13. Insuficiencia Renal Crónica (se notificará una vez al mes)

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 32 del año 2014. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,107 unidades notificadoras (90.8%) del total (1,219), por lo que los datos se deben considerar como preliminares al cierre de este día. La proporción menor en unidades notificadoras que reportaron fue de 73.7% 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, georreferenciación de morbilidad del sistema GEO-MINSAL.

En el análisis de nacimientos, mortalidad se tomaron datos institucionales del SIMMOW, VIGEPES y Base de Datos de USSR, haciendo comparaciones de datos absolutos y tasas con el año anterior.

Se incluye información proveniente de Instituciones internacionales, entre estas OPS-OMS.

Resumen técnico de datos y cifras

- El virus del Ébola causa en el ser humano la enfermedad homónima (antes conocida como fiebre hemorrágica del Ébola).
- Los brotes de enfermedad por el virus del Ébola (EVE) tienen una tasa de letalidad que puede llegar al 90%.
- Los brotes de EVE se producen principalmente en aldeas remotas de África central y occidental, cerca de la selva tropical.
- El virus es transmitido al ser humano por animales salvajes y se propaga en las poblaciones humanas por transmisión de persona a persona.
- Se considera que los huéspedes naturales del virus son los murciélagos frugívoros de la familia Pteropodidae.
- No hay tratamiento específico ni vacuna para las personas ni los animales.

Antecedente y origen

El virus se detectó por vez primera en 1976 en dos brotes simultáneos ocurridos en Nzara (Sudán) y Yambuku (República Democrática del Congo); La aldea en que se produjo el segundo de ellos está situada cerca del río Ébola, que da nombre al virus; actualmente África Occidental está sufriendo el mayor, más grave y más complejo brote de EVE de toda la historia.

El género Ebolavirus es, junto con los géneros Marburgvirus y Cuevavirus, uno de los tres miembros de la familia Filoviridae (filovirus).

El género Ebolavirus comprende cinco especies distintas:

ebolavirus Bundibugyo (BDBV);

ebolavirus Zaire (EBOV);

ebolavirus Reston (RESTV);

ebolavirus Sudan (SUDV), y

ebolavirus Taï Forest (TAFV).

- **Transmisión**

- El virus del Ébola se introduce en la población humana por contacto estrecho con órganos, sangre, secreciones u otros líquidos corporales de animales infectados.
- El virus se propaga en la comunidad mediante la transmisión de persona a persona, por contacto directo (a través de las membranas mucosas o de soluciones de continuidad de la piel) con órganos, sangre, secreciones, u otros líquidos corporales de personas infectadas, o por contacto indirecto con materiales contaminados por dichos líquidos.
- El periodo de incubación (intervalo desde la infección hasta la aparición de los síntomas) oscila entre 2 y 21 días.
- Contacto directo con el cadáver también pueden ser causa de transmisión.
- Los hombres pueden seguir transmitiendo el virus por el semen hasta siete semanas después de la recuperación clínica.
- La infección del personal sanitario al tratar a pacientes con EVE ha sido frecuente cuando ha habido contacto estrecho y no se han observado estrictamente las precauciones para el control de la infección.

Fisiopatología

- Una vez que el virus del Ébola ya ha tenido acceso al cuerpo, en principio se dirigirá a infectar monocitos, macrófagos y otras células del sistema mononuclear fagocítico (MPS), probablemente en los ganglios linfáticos regionales.
- Algunas células infectadas del MPS migran a otros tejidos, mientras que los viriones liberados en el torrente sanguíneo o linfático infectan a los macrófagos (fijos o móviles) en el hígado, el bazo y otros tejidos de todo el cuerpo. Los viriones liberados de estas células del MPS proceden a infectar a las células vecinas, incluidos los hepatocitos, células de la corteza suprarrenal y fibroblastos.

- Las células infectadas del MPS se activan y liberan grandes cantidades de citoquinas y quimocinas, incluyendo el TNF, lo que aumenta la permeabilidad del endotelio de revestimiento de los vasos sanguíneos. Las células endoteliales aparentemente se infectan por el virus en las últimas etapas de la enfermedad. Las citoquinas circulantes contribuyen al desarrollo de coagulación intravascular diseminada (CID), por la inducción a la expresión de células endoteliales de la superficie procoagulante y moléculas de adhesión y de la destrucción del tejido, resultado de las exposiciones de colágeno en el revestimiento de los vasos sanguíneos y la liberación de factor tisular.
- Tiene lugar una lisis masiva de los linfocitos en el bazo, timo y nódulos linfáticos en las etapas tardías de la infección por el filovirus. Aunque no hay ninguna señal de que ellos mismos sean los linfocitos infectados y no mueren por apoptosis, tal vez inducida por las células de la superficie (vinculante de mediadores químicos liberados por las células del MPS) o por una proteína viral.
- La citolisis masiva, la disfunción inmune, cambios de fluidos, coagulación microvascular y hemorragia intersticial, todos ellos juegan un papel importante en el desarrollo de shock y muerte.

Signos y síntomas

- La EVE es una enfermedad vírica aguda grave que se suele caracterizar por la aparición súbita de fiebre, debilidad intensa y dolores musculares, de cabeza y de garganta, lo cual va seguido de vómitos, diarrea, erupciones cutáneas, disfunción renal y hepática y, en algunos casos, hemorragias internas y externas.
- Los resultados de laboratorio muestran disminución del número de leucocitos y plaquetas, así como elevación de las enzimas hepáticas.
- El virus del Ébola se ha aislado en el semen hasta 61 días después de la aparición de la enfermedad en un caso de infección contraída en el laboratorio.

Diagnóstico

- Diagnósticos diferenciales paludismo, la fiebre tifoidea, la shigelosis, el cólera, la leptospirosis, la peste, las rickettsiosis, la fiebre recurrente, la meningitis, la hepatitis y otras fiebres hemorrágicas víricas.
- Pruebas de laboratorio utilizadas para el diagnóstico (Las muestras de los pacientes suponen un enorme peligro biológico, y las pruebas tienen que realizarse en condiciones de máxima contención biológica):
 - prueba de inmunoabsorción enzimática (ELISA);
 - pruebas de detección de antígenos;
 - prueba de seroneutralización;
 - reacción en cadena de la polimerasa con transcriptasa inversa (RT-PCR);
 - aislamiento del virus mediante cultivo celular.

Prevención y tratamiento

- No hay vacuna contra la EVE. Se están probando varias, pero ninguna está aún disponible para uso clínico.
- Los casos graves requieren cuidados intensivos.
- Los enfermos suelen estar deshidratados y necesitan rehidratación por vía intravenosa u oral con soluciones que contengan electrolitos.
- No hay ningún tratamiento específico, aunque se están evaluando nuevos tratamientos farmacológicos.

Control del virus del Ébola

- Los brotes de EVE pueden contenerse con las intervenciones disponibles, como la detección y aislamientos precoces, el rastreo y seguimiento de los contactos y la observancia de procedimientos rigurosos de control de la infección. No obstante, si hubiera vacunas o tratamientos específicos serían un arma poderosa para luchar contra el virus.
- Reducción del riesgo de infección humana por el virus del Ébola
- Implementar la estrategia de información, educación y comunicación sobre los factores de riesgo y sobre las medidas de protección que las personas deben tomar para reducir el número de infecciones y muertes humanas:
- Reducir el riesgo de transmisión de animales salvajes al ser humano a consecuencia del contacto con murciélagos de la fruta o monos o simios infectados y del consumo de su carne cruda.
- Deben utilizarse guantes y otras prendas protectoras apropiadas para manipular animales.
- Los productos de animales (sangre y carne) deben estar bien cocidos antes de ser consumidos.
- Reducción el riesgo de transmisión a consecuencia de prácticas poco seguras de cría y sacrificio del cerdo, así como del consumo de sangre fresca, leche cruda o tejidos animales.
- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona en la comunidad a consecuencia del contacto directo o estrecho con pacientes infectados, especialmente con sus líquidos corporales.
- Evitar el contacto físico estrecho con pacientes con EVE y utilizar guantes y equipo de protección personal adecuado para atender a los enfermos.
- Es necesario lavarse las manos con regularidad tras visitar a enfermos en el hospital, así como después de cuidar a enfermos en el hogar.
- Los enfermos que mueren por esta causa deben ser sepultados rápidamente y en condiciones de seguridad.
- Utilizar guantes y otras prendas protectoras apropiadas al sacrificar o manipular animales enfermos o sus tejidos.

- **Prevención y tratamiento**

- No hay vacuna contra la EVE. Se están probando varias, pero ninguna está aún disponible para uso clínico.
- Los casos graves requieren cuidados intensivos.
- Los enfermos suelen estar deshidratados y necesitan rehidratación por vía intravenosa u oral con soluciones que contengan electrolitos.
- No hay ningún tratamiento específico, aunque se están evaluando nuevos tratamientos farmacológicos.

- **Control del virus del Ébola**

- Los brotes de EVE pueden contenerse con las intervenciones disponibles, como la detección y aislamientos precoces, el rastreo y seguimiento de los contactos y la observancia de procedimientos rigurosos de control de la infección. No obstante, si hubiera vacunas o tratamientos específicos serían un arma poderosa para luchar contra el virus.
- Reducción del riesgo de infección humana por el virus del Ébola
- Implementar la estrategia de información, educación y comunicación sobre los factores de riesgo y sobre las medidas de protección que las personas deben tomar para reducir el número de infecciones y muertes humanas-
- Reducir el riesgo de transmisión de animales salvajes al ser humano a consecuencia del contacto con murciélagos de la fruta o monos o simios infectados y del consumo de su carne cruda.
- Deben utilizarse guantes y otras prendas protectoras apropiadas para manipular animales.
- Los productos de animales (sangre y carne) deben estar bien cocidos antes de ser consumidos.
- Reducción el riesgo de transmisión a consecuencia de prácticas poco seguras de cría y sacrificio del cerdo, así como del consumo de sangre fresca, leche cruda o tejidos animales.
- Reducir el riesgo de transmisión de persona a persona en la comunidad a consecuencia del contacto directo o estrecho con pacientes infectados, especialmente con sus líquidos corporales.
- Evitar el contacto físico estrecho con pacientes con EVE y utilizar guantes y equipo de protección personal adecuado para atender a los enfermos.
- Es necesario lavarse las manos con regularidad tras visitar a enfermos en el hospital, así como después de cuidar a enfermos en el hogar.
- Los enfermos que mueren por esta causa deben ser sepultados rápidamente y en condiciones de seguridad.
- Utilizar guantes y otras prendas protectoras apropiadas al sacrificar o manipular animales enfermos o sus tejidos.

Control de la infección en centros de atención médica:

- Se han notificado casos de transmisión al personal sanitario en situaciones en las que no se habían adoptado medidas apropiadas de control de la infección.
- Todos los profesionales sanitarios deben asegurar y practicar en todo momento las medidas de precaución habituales en todos los pacientes, independientemente de su diagnóstico:
- Higiene básica de las manos.
- Higiene respiratoria.
- Uso de equipos de protección personal (en función del riesgo de salpicaduras u otras formas de contacto con materiales infectados).
- Prácticas de inyección e inhumación seguras.
- Cuando tengan contacto estrecho (menos de 1 metro) con pacientes con EVE, los profesionales sanitarios deben protegerse la cara (con careta, usar bata limpia, aunque no estéril, de mangas largas y guantes (estériles para algunos procedimientos) y botas de hule.
- Las muestras de laboratorio de diagnóstico de personas o animales con infección presunta o confirmada por el virus del Ebola deben ser manipuladas por personal especializado y procesarse en laboratorios adecuadamente equipados.

Consideraciones éticas sobre el uso de intervenciones no registradas en la enfermedad por el virus del Ébola (EVE);

- Declaración de la OMS / 12 de agosto de 2014
- En el último decenio se ha trabajado en el desarrollo de vacunas y fármacos para la EVE, pero todavía no se ha evaluado su seguridad y eficacia en el ser humano.
- El gran número de personas afectadas por el brote de África Occidental de 2014 y la alta tasa de letalidad han llevado a proponer el uso de intervenciones médicas en fase de investigación para intentar salvar la vida de los pacientes y frenar la epidemia.
- Por consenso grupos de expertos de la OMS han acordado que en las circunstancias particulares de este brote, y siempre que se cumplan determinadas condiciones, es ético ofrecer intervenciones no probadas, cuya eficacia y efectos adversos todavía no se conocen, con fines potencialmente terapéuticos o preventivos y basados en criterios éticos (la transparencia de todos los aspectos de la atención, el consentimiento informado, la libertad de elección, la confidencialidad, el respeto a las personas, la protección de su dignidad y la participación de la comunidad).
- Existe obligación de recopilar y dar a conocer todos los datos generados, incluidos los derivados de los tratamientos administrados de forma 'compasiva' (acceso a un fármaco no aprobado fuera de un ensayo clínico).



Confirmed, probable, and suspect cases and deaths from Ebola virus disease in Guinea, Liberia, Nigeria, and Sierra Leone, as of 9 August 2014

	Confirmados	Probables	Sospechosos	Total
Guinea				
Casos	362	133	11	506
Fallecidos	238	133	2	373
Liberia				
Casos	158	306	135	599
Fallecidos	146	125	52	323
Nigeria				
Casos	0	10	3	13
Fallecidos	0	2	0	2
Sierra Leone				
Casos	656	37	37	730
Fallecidos	276	34	5	315
Totals				
Casos	1176	486	186	1848
Fallecidos	660	294	59	1013



2

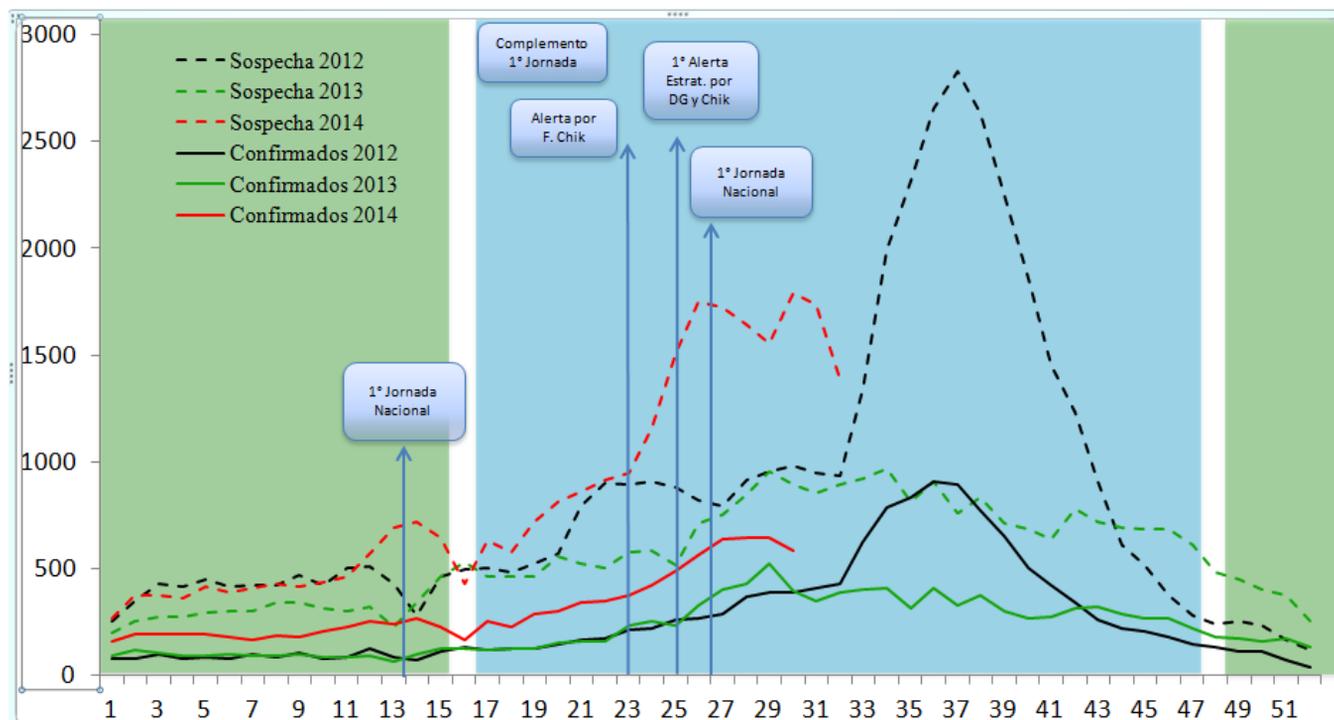
RESUMEN DE EVENTOS DE NOTIFICACIÓN HASTA SE 32/2014

No	Evento	Semanas		Acumulado 2013	Acumulado 2014	(% Diferencial para 2014	Tasa por 100000.0 habitantes
		Epidemiológicas					
		31	32				
1	Infección Respiratoria Aguda	36,526	26,513	1,679,250	1,551,115	(-8)	24511
2	Dengue confirmados (SE29-30)	642	583	5150	9,298	(81)	147
3	Chikungunya	512	654	-	3,575	-	-
4	Diarrea y Gastroenteritis	4,524	3,300	285,680	239,857	(-16)	3790
5	Parasitismo Intestinal	4,242	2,258	164,656	151,266	(-8)	2390
6	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	994	819	49,843	42,889	(-14)	678
7	Neumonías	847	602	39,062	26,226	(-33)	414
8	Hipertensión Arterial	321	202	17,521	14,703	(-16)	232
9	Mordido por animal trans. de rabia	368	353	15,854	14,529	(-8)	230
10	Lesión por Vehículo Automotor	221	216	8,231	8,854	(8)	140
11	Diabetes Mellitus (PC)	216	100	9,057	8,419	(-7)	133

3

SITUACION EPIDEMIOLOGICA DEL DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-52 del 2012 y 2013, SE1-32 de 2014



Situación Acumulada de Dengue, El Salvador SE1-32 del 2013- 2014 y porcentaje de variación

	Año 2013	Año 2014	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-32)	15,592	27,074	11,482	74%
Hospitalizaciones (SE 1-32)	1,545	2,209	664	43%
Casos confirmados D+DG (SE 1-30)	5,150	9,298	4,148	81%
Casos confirmados Dengue (SE 1-30)	5,059	9,170	4,111	81%
Casos confirmados DG (SE 1-30)	91	128	37	41%
Fallecidos (SE 1-32)	1	1	0	0%

Tasa de letalidad: 0.01%

Hasta la SE32 del presente año (03 al 09 de agosto), se han registrado 27,074 casos sospechosos de dengue, lo cual representa un incremento del 74% (11,482) en relación al año 2013. Del total de casos sospechosos de dengue, se han confirmado un 34% (9,298) son dengues con y sin signos de alarma y 2% (128) son dengue grave. Se ha confirmado por el Comité nacional de auditoría sobre mortalidad de origen infeccioso con potencial epidémico una muerte por dengue, de 9 meses de edad, sexo femenino, originaria de Isla Conchaguita, Meanguera del Golfo, La Unión. **Pendiente de auditar:**

	No	Nombre (iniciales)	sexo	edad	municipio	departamento	fecha defuncion	hospital defuncion	Diagnostico final	Observaciones
	2014	1	IAHF	M	5 años	Mejicanos	San Salvador	05/07/14	HNNBB	Pendiente
2		LAUV	F	9 años	San Pablo Tacachico	La Libertad	13/07/14	San Rafael	Pendiente	IgM para dengue positivo
3		RARH	M	9 años	Ilopango	San Salvador	30/07/14	HNNBB	Pendiente	
4		SJRV	F	6 meses	San Alejo	La Unión	09/08/14	HNNBB	Pendiente	

Grupo de edad	Casos	%	Tasa x 100.000
<1 año	231	2.48	185
1-4 años	1,300	13.98	266
5-9 años	2,296	24.69	388
10-14 años	2,081	22.38	334
15-19 años	1,245	13.39	177
20-29 años	1,067	11.48	93
30-39 años	493	5.30	61
40-49 años	312	3.36	46
50-59 años	169	1.82	34
>60 años	104	1.12	15
	9,298		147

Hasta la SE30, los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad son los de 5 a 9 años con una tasa de 388 por 100 mil habitantes, que representa casi 3 veces la del promedio nacional; los de 10 a 14 años con una tasa de 334 y los de 1 a 4 años con una tasa de 266 superando ampliamente la tasa nacional acumulada que es de 147 para esta semana

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE1 a SE 30 del 2014

Departamento	Casos	Tasa x 100.000
Cuscatlan	725	282
San Vicente	445	253
Cabañas	416	251
Sonsonate	872	188
Chalatenango	383	186
San Salvador	2,927	168
Morazan	296	147
La Libertad	1,039	137
Usulután	428	116
Santa Ana	664	115
La Paz	377	114
San Miguel	363	75
La Union	193	74
Ahuachapan	156	46
Otros países	14	
	9,284	147

La tasa de incidencia acumulada de casos confirmados a nivel nacional desde la SE1 a SE30 del 2014 es de 147 por cada 100.000 habitantes. Los departamentos con tasas arriba del promedio nacional son: Cuscatlán, San Vicente, Cabañas, Sonsonate, Chalatenango y San Salvador.

Circulación de serotipos de virus dengue, según departamento de domicilio del paciente, El Salvador, SE 1 a 32 del año 2014

Hasta la presente semana por vigilancia centinela (RT-PCR) se reporta la circulación combinada de los serotipos 1, 2 y 3 en los departamentos de La Libertad y San Salvador, los serotipos 2 y 3 en Cuscatlán y en el resto de departamentos la circulación de un solo serotipo.

Indicadores entomológicos de riesgo, SE 32 de 2014

Departamentos	IC	Indice de deposito	%
San Salvador	23	Útiles	79
Usulután	15	Inservibles	17
San Miguel	14	Naturales	1
La Paz	12	Llantas	3
San Vicente	11		
La Union	11		
Chalatenango	10		
Cuscatlan	10		
Ahuachapan	9		
Cabañas	9		
Santa Ana	8		
Sonsonate	7		
Morazan	7		
La Libertad	6		
Promedio	11		

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA CHIKV

Casos sospechosos de CHIKV por departamento y municipio SE 32 de 2014

Departamentos/municipios	Total general
LA LIBERTAD	
ANTIGUO CUSCATLAN	2
JAYAQUE	1
JICALAPA	2
NUEVA SAN SALVADOR	9
SAN JUAN OPICO	6
PUERTO DE LA LIBERTAD	39
SACACOYO	1
QUEZALTEPEQUE	7
COLON	11
TEOTEPEQUE	12
SAN JOSE VILLANUEVA	1
CIUDAD ARCE	1
TAMANIQUE	3
ZARAGOZA*	1
Total LA LIBERTAD	96
SAN MIGUEL	
QUELEPA	1
SAN MIGUEL	9
EL TRANSITO*	1
Total SAN MIGUEL	11
SAN SALVADOR	
APOPA	264
AYUTUXTEPEQUE	1200
CUSCATANCINGO	293
DELGADO	329
MEJICANOS	542
NEJAPA	51
SAN MARCOS	67
SAN SALVADOR	204
SOYAPANGO	96
ILOPANGO	12
SANTO TOMAS	8
TONACATEPEQUE	20
SAN MARTIN	11
AGUILARES	2
PANCHIMALCO	2
SANTIAGO TEXACUANGOS	3
GUAZAPA	5
EL PAISNAL	2
Total SAN SALVADOR	3111
SAN VICENTE	
SAN ILDEFONSO	105
SAN LORENZO	1
SAN VICENTE	87
SAN SEBASTIAN	2
TECOLUCA	1
Total SAN VICENTE	196

SONSONATE	Total general
SONSONATE	72
SALCOATITAN	1
ARMENIA	4
NAHUILINGO	1
NAHUIZALCO*	1
JUAYUA*	1
Total SONSONATE	80
USULUTAN	
BERLIN	2
JIQUILISCO	54
MERCEDES UMANA	1
TECAPAN	2
USULUTAN	2
ESTANZUELAS	2
SAN FRANCISCO JAVIER	2
Total USULUTAN	65
AHUACHAPAN	
SAN PEDRO PUXTLA	1
Total AHUACHAPAN	1
CHALATENANGO	
SAN RAFAEL	1
Total CHALATENANGO	1
MORAZAN	
JOCORO	1
Total MORAZAN	1
LA PAZ	
ZACATECOLUCA	7
SANTIAGO NONUALCO	1
OLOCUILTA*	1
SAN JUAN TEPEZONTES*	1
SAN LUIS DE LA HERRADURA	1
Total LA PAZ	11
CABANAS	
SENSUNTEPEQUE	1
Total CABANAS	1
CUSCATLAN	
COJUTEPEQUE	1
Total CUSCATLAN	1
Total general	3575

Total general SE 32	3575
Total general SE 31	2921
Nuevos Casos durante la SE 32	654

*Municipios nuevos

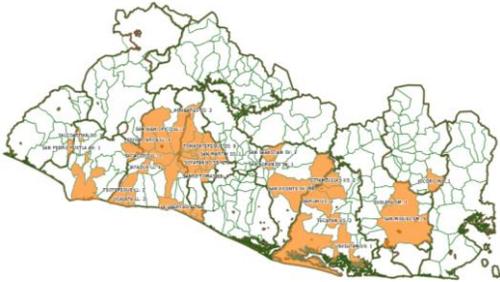
Los datos estan sujetos a actualizaciones
frecuentes según ingreso de información por
niveles locales

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE 30 de 2014

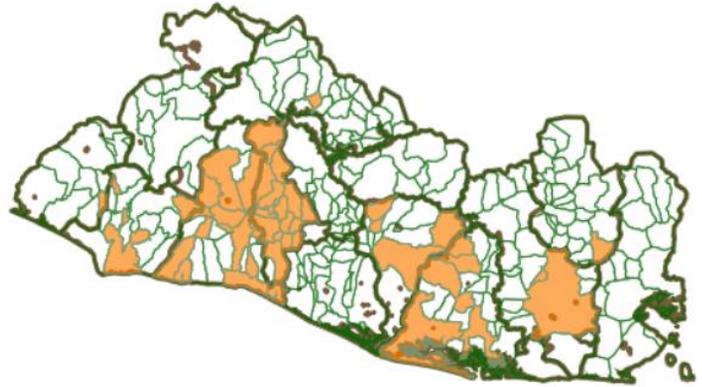
Grupos	Total general
A <1	39
B 1-4	179
C 5-9	255
D 10-19	848
E 20-29	748
F 30-39	590
G 40-49	391
H 50-59	291
I >60	234
Total genera	3575

Municipios con reporte de casos sospechosos de CHIKV

Semana 30



Semana 32



En esfuerzo conjunto entre DVS y DTIC se realiza geoposicionamiento por áreas pequeñas (municipios) de una enfermedad emergente en el país, la cual puede ser seguida en tiempo virtual con actualización semanal en el siguiente enlace:

Fuente: <http://geo.salud.gob.sv/>

Índices larvarios SE 32, El Salvador

Departamentos	Casa
San Salvador	26
Usulután	13
La Union	13
San Miguel	12
Ahuachapan	11
Cuscatlan	11
Cabañas	10
Chalatenango	9
Santa Ana	9
Sonsonate	9
La Paz	8
San Vicente	8
La Libertad	7
Morazan	6
Promedio Nacional	10

Índice de deposito	%
Útiles	77
Inservibles	19
Naturales	1
Llantas	3

Actividades de eliminación y control del vector SE 30

- 59,638 viviendas visitadas, inspeccionando 55,877 (94%), realizando destrucción, eliminación de criaderos.
- 30,890 viviendas donde se utilizó larvicida granulado al 1%; además
- 55,246 viviendas fumigadas

Actividades de promoción y educación para la salud

- 11,994 charlas impartidas
- 2,668 material educativo distribuido (Panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano participante 4,433

- 66% Ministerio de Salud
- 12% Ministerio de Educación
- 19% personal de diferentes instituciones de gobierno
- 3% personal de las Alcaldías municipales

Con la ejecución de estas actividades se benefició alrededor de 387,396 habitantes.

5

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 32 -2014

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 48,472 casos.
- Durante la semana 32 se notificó 26,513 casos, 37.7% (10,013 casos) menos que lo reportado en la semana previa (36,526 casos).
- Comparando los casos de la semana 32 del año 2014 se ha notificado un total acumulado de 1,551,115 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2013 (1,679,250) significan una reducción de 8.2% (128,135 casos).
- Las tasas acumuladas por departamento oscilan entre 17,962 por 100,000 habitantes en Cuscatlán a 33,476 por 100,000 habitantes en Chalatenango. Las tasas más altas se encuentran en Chalatenango 33,476, San Salvador 29,458 y San Vicente 27,931 por 100,000 habitantes

Tasas de IRA por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
IRA	105,456	71,799	41,725	13,871	17,502	13,590

6 NEUMONIAS, SE 32-2014

- El promedio semanal de neumonías es de 819 casos. Durante la semana 32 se ha reportado un total de 602 casos, lo que corresponde a una reducción de 40.6% (245 casos) respecto a los notificados en la semana previa (847 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 32 del año 2014 (26,226) con el mismo período del año 2013 (39,062 casos) se observa una reducción de un 48.9% (12,836 casos).
- Las tasas acumuladas por departamento oscilan entre 173 casos por 100,000 habitantes en Sonsonate y 816 casos por 100,000 habitantes en La Unión. Las mayores tasas se observan en La Unión 816, San Vicente 718 y Morazán 669 por 100,000 habitantes.
- Del total de egresos por neumonía, el 53.8% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (69%) seguido de los adultos mayores de 59 años (15.5%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 32			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2014	7,941	358	4.51
2013	14,909	396	2.66

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 29 de julio 2014, 13:30 horas) sujetos a digitación de egresos

Tasas de neumonía por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Neumonías	6,279	2,055	330	66	75	469

VIGILANCIA CENTINELA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS
EL SALVADOR, SE 32-2014

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus de influenza y otros virus respiratorios hasta la semana epidemiológica 32, 2013 – 2014 en El Salvador

Resultados de Laboratorio	2013	2014	SE 32- 2014
	Acumulado SE 1 - 32		
Total de muestras respiratorias analizadas	1,672	1,124	25
Muestras positivas a virus respiratorios	616	160	4
Total de virus de influenza (A+B)			
Influenza A (H1N1)pdm2009)	5	7	0
Influenza A no sub-tipificado	6	1	0
Influenza A H1	0	0	0
Influenza A H3N2	131	3	0
Influenza B	1	58	0
Total de otros virus respiratorios identificados			
Otros virus respiratorios:	483	95	4
Parainfluenza	7	31	2
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	436	18	1
Adenovirus	40	46	1
Positividad acumulada para virus respiratorios			
	37%	14%	16%
Positividad acumulada específica para Influenza			
	9%	6%	0%
Positividad acumulada específica para VSR			
	26%	2%	4%

Durante los últimos 4 meses no se ha evidenciado circulación del virus de influenza A, pero sí se ha aislado influenza B durante 11 semanas consecutivas, exceptuando la semana anterior donde no se observó presencia de influenza, pero hubo aislamiento de otros virus respiratorios en el 16% de las muestras tomadas.

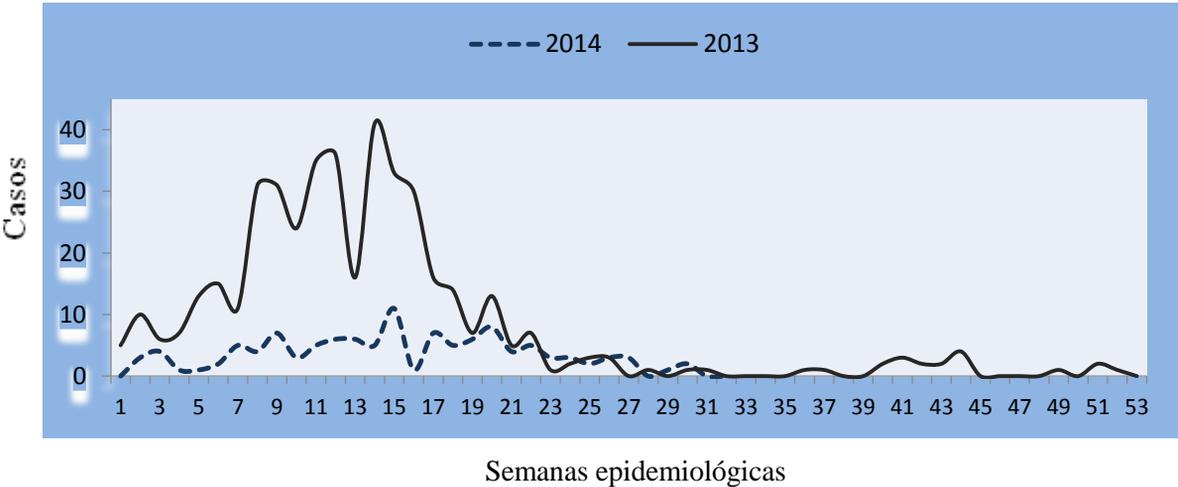
Se identificó 2 muestras positivas a virus Parainfluenza III en pacientes con IRAG, uno en Hospital San Juan de Dios de Santa Ana, masculino de 50 años, procedente del municipio y departamento de Sonsonate, y el segundo en paciente femenina de 1 año, que presentó cuadro de IRAG y que fue ingresado en Hospital de Cojutepeque, procedente de Santa Cruz Michapa, Cuscatlán.

Se identificó 1 caso positivo a Adenovirus, en paciente con IRAG, masculino de 7 meses de edad, procedente de Santa Cruz Analquito, Cuscatlán, captado por Hospital de Cojutepeque; y 1 caso de Virus Sincitial Respiratorio de una paciente femenina que consultó con cuadro de ETI en la UCSF Dr. Díaz del Pinal, procedente de Nueva San Salvador, La Libertad.

Hasta la semana 32, se ha registrado un total de 11,005 egresos hospitalarios por IRAG, de los cuales se ha acumulado 3.6% (402) defunciones; al comparar con el mismo período del año 2013 se observa una reducción importante en el número de egresos por IRAG de un 55% (9,108 egresos).

**VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS
EL SALVADOR, SE 32-2014**

Gráfico 1.- Tendencia de casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela hasta la semana epidemiológica 32, 2013 – 2014 en El Salvador.



Durante la semana 32 se procesó un total de 14 muestras de casos sospechosos de rotavirus, todos resultaron negativos.

La positividad acumulada del año es de 10% (116/1,159), lo cual es menor que la positividad acumulada que se observó en el año 2013 (24% positividad, 418/1,752).

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 7,495 casos.
- Durante la semana 32 se notificó un total de 3,300 casos, que significa una reducción de 37% (1,224 casos) respecto a lo reportado en la semana anterior (4,524 casos).
- Comparando casos acumulados de enfermedad diarreica aguda a la semana 32 del año 2014 (239,857 casos) con el mismo período del año 2013 (285,680 casos), se evidencia una reducción de 19.1% (45,823 casos).
- Las tasas acumuladas por departamento oscilan entre 1,671 casos por 100,000 habitantes en Ahuachapán y 5,308 casos por 100,000 habitantes en San Salvador. Las mayores tasas se evidencian en San Salvador 5,308, La Libertad 4,099 y San Vicente 3,529 por 100,000 habitantes.
- Del total de egresos por diarrea, el 51.7% se presenta en el sexo masculino, y en cuanto a grupos de edad los más afectados son los menores de 5 años (73.2%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Semana 32			
Año	Egresos	Fallecidos	% de Letalidad
2014	8,624	48	0.55
2013	11,103	58	0.52

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 12 de agosto 2014, 13:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Tasas de EDA por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Diarrea y gastroenteritis	24,427	14,233	3,186	1,274	2,844	2,269

9 MORTALIDAD MATERNA

Mortalidad materna notificada por establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS y comunitaria, 1 de enero al 12 de agosto 2013-2014

Del 1 de enero al 12 de agosto del presente año, se notifican 42 muertes maternas, 6 muertes más comparado con el mismo período del 2013(36 muertes).

El 45%(19/42) entre el grupo de 20 a 29 años, 26%(11/42) de 30 a 39 años, 19%(8/42) de 10 a 19 años y 10%(4/42) de 40 a 49 años.

36 de 42 muertes clasificadas como intrahospitalarias y 6 comunitarias.

Las muertes maternas proceden de los departamentos de Usulután (6), Santa Ana (6), San Salvador (7), Sonsonate (5), La Libertad (5), Chalatenango (3), La Unión (2), Morazán (2), San Vicente (2), Ahuachapán (1), Cuscatlán (1), San Miguel (1) y Honduras (1)

De acuerdo a los resultados de las auditorías médicas, entre las primeras 5 causas de muerte materna se registran: Trastornos hipertensivos del embarazo, Hemorragias obstétricas y no obstétricas, infecciones no obstétricas, intoxicaciones y heridas por arma de fuego.

10 MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en los establecimientos del Ministerio de Salud, 1 de enero al 11 de agosto 2013- 2014.

Del 1 de enero al 11 de agosto del 2014, se notifican 677 muertes menores de 5 años, 124 muertes menos comparado con el mismo periodo del 2013(801muertes).

Al 11 de agosto del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 85%(576/677) de las menores de 5 años.

De las muertes en el menor de 1 año, 63% (363/576) ocurrieron en el periodo neonatal; de estas 74%(270/363) corresponden al neonatal temprano y 26%(93/363) al neonatal tardío.

El 71% (409//576) de las muertes en el menor de 1 año se concentran en 7 de 14 departamentos: San Salvador (105), Santa Ana (59), San Miguel (59), La Libertad (52), Ahuachapán (47), Sonsonate (47) y la Unión (40)

El 88% (510/576) de las muertes en el menor de 1 año ocurrieron en 4 hospitales, Benjamin Bloom (181), San Juan de Dios de San Miguel (115), Hospital de la Mujer (137) y San Juan de Dios de Santa Ana(77)

Entre las primeras causas de muerte en el menor de 1 año: figuran prematuridad, Sepsis, neumonía, Diarrea, malformaciones congénitas, asfixia