



CONTENIDO

1. Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)
2. Alerta Epidemiológica sobre Rabia por OPS, 12 de junio 2015.
3. Enfermedad por Virus del Ebola (EVE)..
4. Resumen de eventos de notificación hasta SE 23/2015.
5. Situación epidemiológica del Dengue.
6. Situación epidemiológica CHIKV.
7. Infección Respiratoria Aguda.
8. Neumonías.
9. Vigilancia Centinela.
10. Enfermedad Diarreica Aguda
11. Mortalidad materna .
12. Mortalidad en menores de 5 años.

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 23 del año 2015. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,150 unidades notificadoras (92.8%) del total (1,239), 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 87.6% 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 notificación por Hospitales del MINSAL, ISSS y comunitaria.

Las muertes infantiles que se analizan son las que ocurrieron en los hospitales del MINSAL, La mortalidad materna y del menor de 5 años incluye las de residencia en otros países.

Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Generalidades

- El síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) es una enfermedad respiratoria vírica provocada por un nuevo coronavirus (MERS-CoV) que fue detectado por primera vez en Arabia Saudita en 2012. Desde entonces y hasta el 5 de junio de 2015, se han confirmado por laboratorio un total de 1.185 casos de los cuales 443 fallecieron; 7 de cada 10 casos de infección humana por MERS CoV son del sexo masculino (n=1.165) y con edad promedio de 49 años (rango 9 meses a 99 años).
- El 3 de junio de 2015, la OMS actualizó la evaluación de riesgo a raíz del brote en la República de Corea que se inició a partir de una persona que viajó a Medio Oriente. Este es el mayor brote de MERS-CoV fuera del Medio Oriente. Hasta el momento se han confirmado 36 casos de infección por MERS- CoV y tres fallecidos (letalidad 8%). Más de 1.500 contactos están bajo seguimiento. Entre los casos confirmados se incluyen trabajadores de salud que atendieron al caso confirmado, pacientes que estaban siendo atendidos en los mismos servicios de salud a los que acudió el caso índice, miembros de la familia y contactos cercanos de los casos.
- Los coronavirus son una extensa familia de virus causantes de enfermedades que van desde el resfriado común al síndrome respiratorio agudo severo (SRAS).
- El MERS-CoV es un virus zoonótico que se transmite de animales a personas. No se conocen bien los orígenes del virus pero, según se desprende del análisis de varios de sus genomas, se cree que el virus se originó en murciélagos y se transmitió a los camellos en algún momento de un pasado lejano.
- Aproximadamente el 36% de los casos de MERS-CoV notificados han desembocado en la muerte del paciente.
- Si bien la mayoría de los casos humanos de MERS se han atribuido a infecciones de una persona a otra, es probable que los camellos sean un importante reservorio para el MERS-CoV y una fuente animal de infección en los seres humanos. Sin embargo, se desconoce la función específica de los camellos en la transmisión del virus, y también la ruta o rutas exactas de transmisión.
- No parece que el virus se transmita fácilmente de una persona a otra a menos que haya un contacto estrecho, por ejemplo al atender a un paciente sin la debida protección.

Coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Síntomas

- El espectro clínico de una infección por MERS-CoV varía desde la ausencia de síntomas (infección asintomática) o síntomas respiratorios suaves hasta una enfermedad respiratoria aguda severa y la muerte. La enfermedad por MERS-CoV se presenta normalmente con fiebre, tos y dificultades respiratorias. Es habitual que haya neumonía, pero no siempre.
- También se han registrado síntomas gastrointestinales, en particular diarrea. En su versión grave la enfermedad puede provocar insuficiencia respiratoria que exige ventilación mecánica y apoyo en una unidad de cuidados intensivos.
- Aproximadamente el 36% de los casos de MERS-CoV notificados han desembocado en la muerte del paciente. El virus parece provocar una enfermedad más grave en personas mayores, personas con inmunodepresión y personas con enfermedades crónicas como cáncer, neumopatía crónica y diabetes

Transmisión

- **Transmisión de animales a personas:** La ruta de transmisión de animales a personas no se conoce bien, es probable que los camellos sean un reservorio importante del MERS-CoV y una fuente animal de infección en los seres humanos. En varios países, como Arabia Saudita, Egipto, Omán y Qatar, se han aislado en camellos cepas de MERS-CoV idénticas a las cepas humanas.
- **Transmisión de persona a persona:** No parece que el virus se transmita fácilmente de una persona a otra a menos que haya un contacto estrecho, por ejemplo al atender a un paciente infectado sin la debida protección. Ha habido conglomerados de casos en establecimientos de atención sanitaria donde es probable que se trate de una transmisión de persona a persona, sobre todo cuando las prácticas de prevención y control de la infección son inadecuadas. De momento, no se tiene constancia de transmisión comunitaria sostenida.

Prevención y tratamiento

- No se dispone actualmente de vacuna alguna ni de tratamiento específico. El tratamiento es de apoyo y depende del estado clínico del paciente.
- Como precaución general, las personas que visiten granjas, mercados, establos u otros lugares donde haya camellos u otros animales deber tomar medidas de higiene generales, en particular lavarse sistemáticamente las manos antes y después de tocar a algún animal, y deben evitar el contacto con animales enfermos.
- La OMS no recomienda imponer restricciones a los viajes ni al comercio, ni cribados de entrada en relación con el MERS-CoV.

- Fuente: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=30523&lang=es

Situación actual

- Aunque la rabia humana transmitida por perros, se encuentra en vías de eliminación en las Américas, algunos países de la Región continúan registrando casos de rabia humana transmitida por perros. Desde inicios de 2014 se han registrados casos de rabia humana de origen canino en Bolivia (6 casos), Haití (3 casos), Guatemala (2 casos), Brasil (1 caso) y la República Dominicana (1 caso).
- Adicionalmente se han registrado casos de rabia canina en áreas que anteriormente no registraban casos como por ejemplo en el norte de Argentina (Jujuy y Salta), en Paraguay (San Lorenzo), en Brasil (el Estado de Mato Grosso do Sul); y en zonas declaradas libres de rabia canina hace más de 10 años, como la región de Arequipa en Perú. Este último evento constituye la primera reintroducción de rabia canina en una zona declarada oficialmente libre de rabia canina.

Sobre la enfermedad

- La rabia es causada por el virus de la rabia (RABV), familia Rhabdoviridae género Lyssavirus, y se transmite al ser humano a través de saliva de animales infectados, tanto domésticos (principalmente perros y otros como gatos, bovinos, equinos) como silvestres (murciélagos, mapaches, zorros, zorrillo), a través de la piel y membranas mucosas, por mordeduras o arañazos.
- El periodo de incubación es variable, entre 2 y 8 semanas, pudiendo variar de 10 días a 8 meses o, raramente años. Las primeras manifestaciones de la rabia son una sensación de angustia, cefalalgia, pequeño aumento de la temperatura, malestar y alteraciones sensoriales imprecisas, a menudo relacionadas con el lugar de la mordedura. Cuando aparecen los síntomas, la enfermedad es casi siempre fatal. De ahí la importancia de la profilaxis post exposición, tanto con la vacuna como con la inmunoglobulina de acuerdo con la gravedad que el caso requiera.
- Para la definición de caso y sospecha clínica es imprescindible la asociación entre la agresión por un animal potencialmente transmisor de rabia y una zona de ocurrencia de la enfermedad en personas y animales. La mejor estrategia de prevención de los casos humanos es a través de la vacunación de animales domésticos, principalmente los perros y la oportuna y adecuada profilaxis a personas expuestas al riesgo de la rabia.

Alerta Epidemiológica sobre Rabia por OPS, 12 de junio 2015.

La OPS/OMS recomienda a los estados miembros:

- Programar y realizar campañas de vacunaciones masivas de perros hasta obtener niveles de inmunidad y coberturas adecuados (por arriba de 80% de la población canina estimada) y sostenidas en el tiempo. Esta acción constituye la herramienta más costo efectiva para el control y eliminación de la rabia humana transmitida por perro. Se ha demostrado que la vacunación de los animales domésticos (principalmente perros) ha reducido la frecuencia de la enfermedad hasta su eliminación. Las coberturas de vacunación canina deberían ser consideradas un indicador básico de gestión de los programas nacionales de rabia.
- Sensibilizar a la población para asegurar la búsqueda inmediata de atención médica ante la sospecha de exposición al virus de la rabia.
- Utilizar vacunas pre calificadas por la OMS que son eficaces y seguras para la profilaxis pre y post exposición de las personas expuestas al virus de la rabia, de acuerdo a lo recomendado en el Documento de Posición de la OMS del año 2010. Para la aplicación de dichas vacunas se recomienda utilizar las orientaciones de la Guía actualizada de la OMS de profilaxis antirrábica pre y post exposición para humanos.
- La profilaxis post exposición no está contraindicada en embarazadas, infantes y ancianos o en individuos inmunocomprometidos como niños con VIH/SIDA. El número de personas agredidas por perros dentro de las categorías de exposición I, II, y III de la OMS, a las que no se les recomendó profilaxis, puede ser considerado un indicador para medir el alcance del acceso universal de salud en áreas donde la profilaxis antirrábica esté indicada debido a la persistencia del riesgo.

Alerta Epidemiológica sobre Rabia por OPS, 12 de junio 2015.

La OPS/OMS recomienda a los estados miembros:

- Informar a la población y al personal de salud que se debe limpiar la herida y se debe inmunizar con vacuna e inmunoglobulina tan pronto como sea posible tras un contacto con un animal sospechoso de padecer rabia. Esto permite prevenir la aparición de la rabia en prácticamente el 100% de las exposiciones.
- Recordar al personal de salud que en caso de exposición humana debe Iniciar de inmediato la profilaxis post exposición, la cual solo puede detenerse si el animal agresor bajo observación³ no demuestra signos de rabia. Los animales sacrificados o que hayan muerto deben ser sometidos a pruebas de detección del virus, y los resultados deben enviarse a los servicios veterinarios, de control de zoonosis y de salud pública competentes para la programación y ejecución de las actividades de control pertinentes en la zona donde ocurrió la exposición.
- Sensibilizar al personal de salud para que consideren la rabia como un posible diagnóstico en pacientes que muestren cuadros agudos y progresivos de encefalitis, así como también, orientarlos para la oportuna y adecuada prescripción de las personas expuestas.
- Adquirir inmunobiológicos (vacunas pre calificadas por la OMS e inmunoglobulina) humanos y vacuna antirrábica canina a fin de responder a eventuales caso de rabia humana.

Enfermedad por virus del Ébola (EVE)

- Al 10 de junio de 2015, se han reportado 27,237 casos con 11,158 defunciones (letalidad 41%).
- Se están intensificando las tareas de vigilancia comunitaria con el fin de rastrear la transmisión de casos para interrumpir la cadena de transmisión.
- Por quinta semana consecutiva no se reportan nuevos casos en trabajadores de salud.
- El 9 de mayo de 2015, la OMS declaró a Liberia como libre de transmisión activa del ébola. El último caso confirmado fue detectado el 28 de marzo de 2015. El país ha entrado en un periodo de 3 meses de vigilancia activa intensificada

Casos confirmados, probables y sospechosos y muertes por EVE al 10 de junio de 2015.

Países con brote de transmisión muy activa	País	Definición de caso	Casos	Muertes	% Letalidad
	Guinea	Confirmados	3239	2018	
		Probables	419	419	
		Sospechosos	12	0	
		Total	3670	2437	66%
	Liberia**	Confirmados	3151	*	
		Probables	1879	*	
		Sospechosos	5636	*	
		Total	10666	4806	45%
	Sierra Leona	Confirmados	8635	3549	
Probables		287	208		
Sospechosos		3979	158		
Total		12901	3915	30%	
Total		27237	11158	41%	

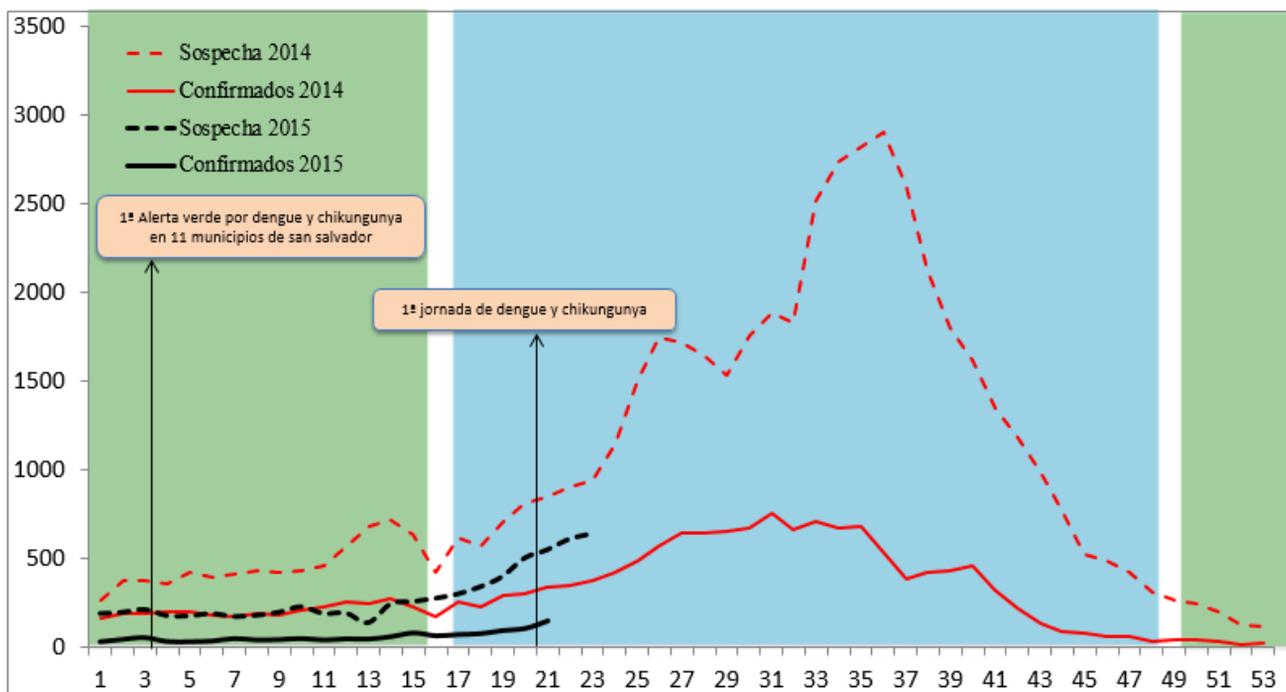
* No hay datos disponibles. Los datos se basan en información oficial reportada por ministerios de salud, estos números son sujetos a cambios debido a reclasificaciones, investigación retrospectiva y la disponibilidad de resultados de laboratorio.

** Liberia declarada libre de la enfermedad por OMS el 9 de mayo de 2015. Aún se incluye en reporte de esta semana.

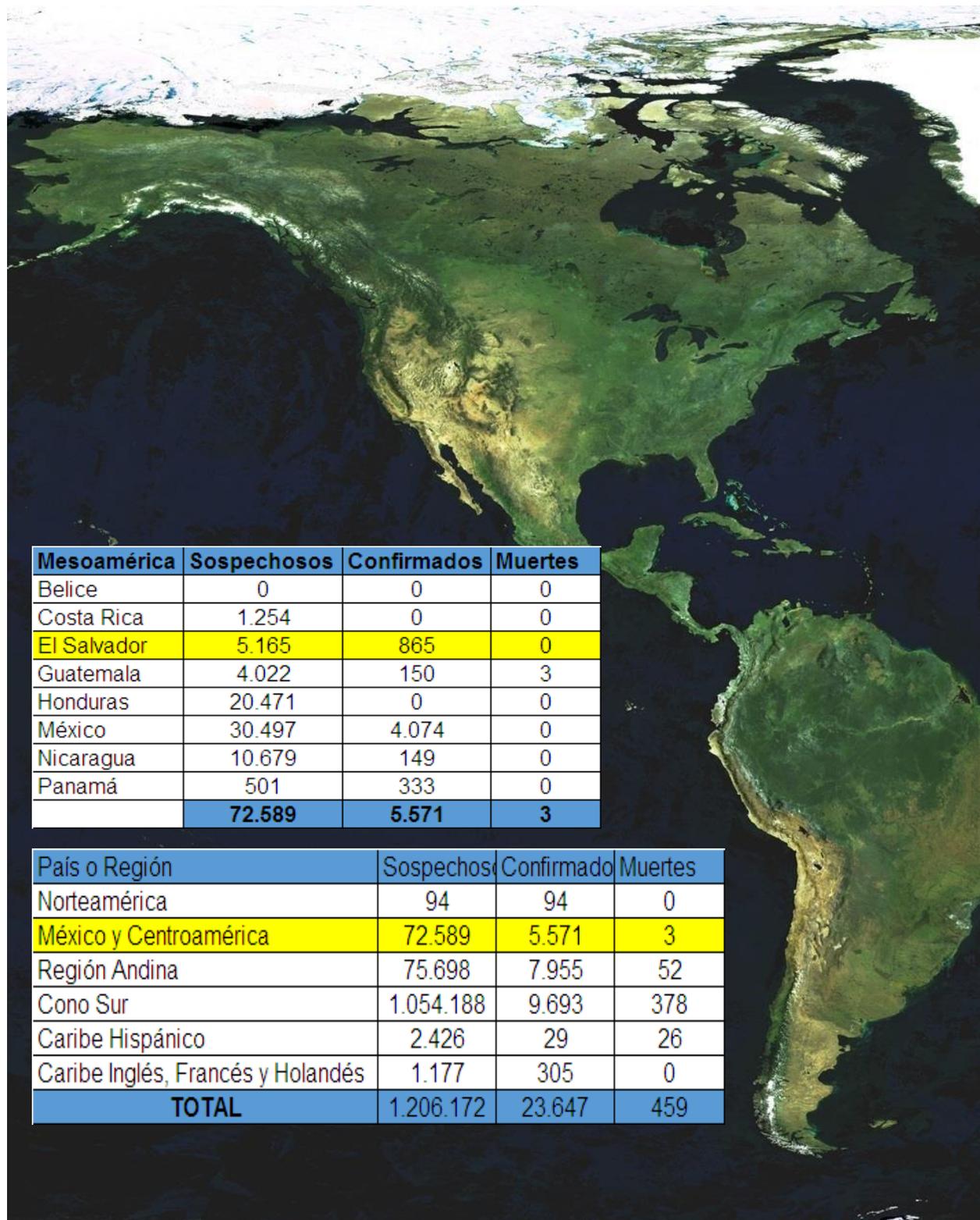
No	Evento	Semanas		Acumulado 2014	Acumulado 2015	Diferencial para 2015	Tasa por 100000.0 habitantes
		Epidemiológicas					
		22	23				
1	Infección Respiratoria Aguda	41094	41689	1069452	947193	(-11)	14662
2	Dengue sospechosos	607	636	12702	6546	(-48)	101
3	Chikungunya	1509	1356	-	14078	-	218
4	Diarrea y Gastroenteritis	9793	9864	160562	191940	(20)	2971
5	Parasitismo Intestinal	5567	5317	103485	102911	(-1)	1593
6	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1344	1543	32601	32814	(1)	508
7	Neumonías	855	794	17346	17217	(-1)	267
8	Hipertensión Arterial	448	492	11256	10551	(-6)	163
9	Mordido por animal trans. de rabia	399	432	10895	9468	(-13)	147
10	Diabetes Mellitus (PC)	274	228	5740	5970	(4)	92

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-53 del 2014, SE1-23 de 2015



CASOS DE DENGUE Y DENGUE SEVERO REPORTADO EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS, ACTUALIZADO HASTA LA SE 21 - 2015



Fuente: PAHO EW 21

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

	Año 2014	Año 2015	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-23)	12702	6546	-6156	-48%
Hospitalizaciones (SE 1-23)	1188	1072	-116	-10%
Casos confirmados D+DG (SE 1-21)	4603	1145	-3458	-75%
Casos confirmados Dengue (SE 1-21)	4519	1111	-3408	-75%
Casos confirmados DG (SE 1-21)	84	34	-50	-60%
Fallecidos (SE 1-23)	1	0	--	--

Tasa de letalidad: 0%

Hasta la SE23 del presente año (7 al 13 de junio), se han registrado 6,546 casos sospechosos de dengue, lo cual representa una reducción del 48% (6,156 casos menos) en relación al año 2014. Para el 2015 se han confirmado 1,145 casos, de los cuales 1,111 fueron casos con o sin signos de alarma y 34 fueron casos de dengue grave.

No hay pacientes sospechosos de fallecimiento por dengue en estudio.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE1 a SE21 del 2015

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000 h
<1 año	66	59
1-4 años	195	43
5-9 años	277	48
10-14 años	184	29
15-19 años	139	20
20-29 años	168	14
30-39 años	51	6
40-49 años	30	4
50-59 años	17	3
>60 años	18	3
	1145	18

Hasta la SE21 (casos confirmados) los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad de acuerdo con sus tasas, son los menores de 1 año con una tasa de 59 por 100 mil habitantes, los de 5 a 9 años con 48 y 1 a 4 años con 43. La tasa de los menores de 1 año representa casi 3 veces la del promedio nacional (18 por cada 100,000 hab).

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE1 a SE21 del 2015

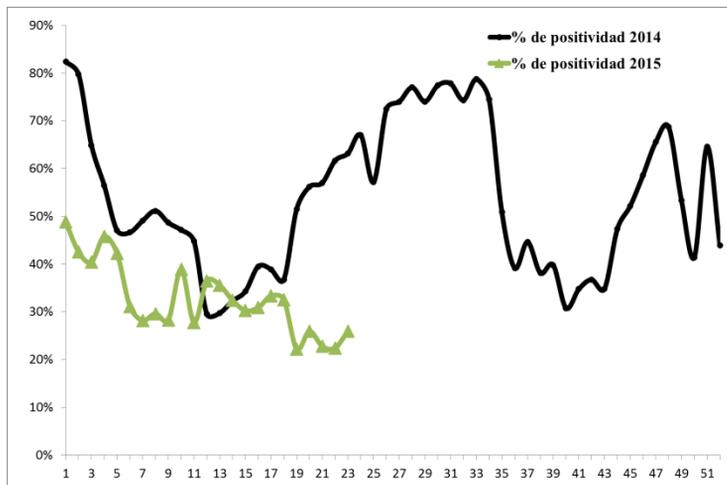
Departamento	Casos	Tasa x 100.000
San Vicente	94	52
La Union	112	43
San Miguel	176	36
Cabañas	35	21
San Salvador	365	21
Sonsonate	79	16
Morazan	30	15
Usulután	49	13
Cuscatlán	25	10
La Paz	33	9
La Libertad	72	9
Chalatenango	17	8
Santa Ana	38	7
Ahuachapán	18	5
Otros países	2	
	1,143	18*

Los departamentos que presentan los mayores riesgos de transmisión, debido a sus tasas acumuladas arriba de la tasa promedio nacional son: San Vicente (52), La Unión (43), San Miguel (36), Cabañas (21) y San Salvador (21). Por otro lado los departamentos con las tasas más bajas a nivel nacional son Santa Ana (7) y Ahuachapán (5).

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Muestras positivas para IgM, de casos sospechosos de dengue, SE23 – 2015

SIBASI	Total muestras	positivas	% pos
Ahuachapán	2	1	50%
Santa Ana	26	8	31%
Sonsonate	14	3	21%
Total región Occ.	42	12	29%
Chalatenango	5	2	40%
La Libertad	21	2	10%
Total región central	26	4	15%
Centro	27	3	11%
Sur	8	1	13%
Norte	25	3	12%
Oriente	41	12	29%
Total región metropolitana	101	19	19%
Cuscatlán	11	4	36%
La Paz	15	5	33%
Cabañas	11	2	18%
San Vicente	7	2	29%
Total región paracentral	44	13	30%
Usulután	14	1	7%
San Miguel	37	16	43%
Morazan	23	8	35%
La Unión	21	7	33%
Total región Oriental	95	32	34%
Total País	308	80	26%



A nivel nacional la positividad para la SE23 de 2015 es de 26 %, 38 % menos que el año pasado para la misma semana.

La Región que presenta porcentajes de positividad de muestras de laboratorio más alta corresponde a región oriental con 34 % y la región paracentral 30 %. Los SIBASI con mayor positividad son: Ahuachapán 50 % (3/4), San Miguel 43 % y Chalatenango 40 %. Los SIBASIS con menor positividad para esta semana son: Usulután, La Libertad y Centro.

Índices larvarios SE 23 – 2015, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	25.98
San Miguel	16.81
Usulután	13.09
La Unión	12.93
San Vicente	12.74
La Paz	12.65
Chalatenango	12.47
Ahuachapán	12.38
Cuscatlán	12.17
Cabañas	9.67
Sonsonate	9.65
Morazán	9.38
Santa Ana	8.59
La Libertad	6.15
Nacional	12.22

Depósitos	Porcentaje
Útiles	85
Inservibles	12
Naturales	0
Llantas	3

Actividades regulares de eliminación y control del vector SE 23-2015

- 67,787 viviendas visitadas, inspeccionando 61,371 (90.5%), realizando destrucción, eliminación de criaderos.
- En 39,044 viviendas se utilizó larvicida granulado al 1%; además 44,535 aplicaciones de fumigación.

Actividades de promoción y educación para la salud:

- 10,869 charlas impartidas.
- 3,144 material educativo distribuido (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano participante 3,218

- 67% Ministerio de Salud
- 16% Ministerio de Educación
- 13% personal de diferentes instituciones de gobierno
- 4% personal de las alcaldías municipales
- Con la ejecución de estas actividades se benefició alrededor de 433,370 habitantes.

Número de casos reportados de chikungunya en países o territorios de las Américas 2015. Casos acumulados al 05 de junio 2015

País/Territorio	Casos de transmisión autóctona		Casos importados	Fallecidos
	Sospechosos	Confirmados		
América del Norte				
Bermuda			3	
Canadá			312	
México		1.218	9	
Estados Unidos de América			157	
<i>Subtotal</i>	0	1.218	481	0
Istmo Centroamericano				
Belice				
Costa Rica		142		
El Salvador	10.739	4		
Guatemala	6.779	457		1
Honduras	28.544	5		
Nicaragua	17.946	2.235		
Panamá				
<i>Subtotal</i>	64.008	2.843	0	1
Caribe Latino				
Cuba				
República Dominicana	59			
Guyana Francesa	5.830	1.756		2
Guadalupe	150			
Haiti				
Martinica	320			
Puerto Rico	400	76		14
San Bartolomé	317			
San Martín (Francia)	600			3
<i>Subtotal</i>	7.676	1.832	0	19
Área Andina				
<i>Subtotal</i>	271.232	3.009	113	25
Cono Sur				
<i>Subtotal</i>	3.953	679	25	0
Caribe No-Latino				
<i>Subtotal</i>	6.325	931	1	2
TOTAL	353.194	10.512	620	47

Fuente: Casos reportados por puntos focales nacionales del RSI a OPS/OMS o a partir de los websites de los Estados Miembros o informados públicamente por autoridades nacionales

Casos sospechosos y confirmados de Chik, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-23 de 2015

	Año 2015
Casos Sospechosos (SE 1-23)	14,078
Hospitalizaciones (SE 23)	62
Casos confirmados (SE 1-21)	4
Fallecidos (SE 1-23)	0

Hospitalizaciones por sospecha de Chik, El Salvador SE 23 de 2015

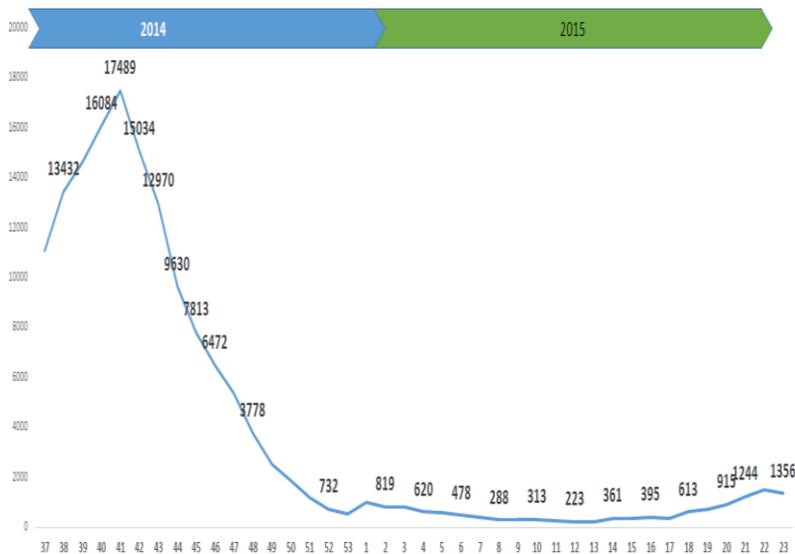
Establecimiento	Ingresos
Hospital San Juan de Dios Santa Ana	13
Hospital San Francisco Menéndez AH	10
Hospital Nueva Concepción	6
Hospital Metapán	5
Hospital Morazán "San Francisco Gotera"	5
Hospital Ilobasco	4
Hospital Chalchuapa	4
Hospital Suchitoto	3
Hospital Regional Santa Ana ISSS	3
Hospital Ilopango SS San Bartolo	3
Hospital Sensuntepeque	2
Hospital Nueva Guadalupe	2
Hospital Chalatenango "Dr.Luis E.Vásquez"	1
Hospital San Vicente "Santa Gertrudis"	1
Total general	62

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE01 -23 de 2015

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	1.879	933
Cabañas	1417	866
Santa Ana	3.501	603
Cuscatlán	833	321
Ahuachapán	1091	307
San Vicente	315	175
Usulután	526	143
Morazán	281	141
La Libertad	1096	140
Sonsonate	552	111
La Paz	386	109
San Miguel	514	105
San Salvador	1.582	90
La Unión	86	33
Guatemala	10	
Honduras	9	
Total general	14.078	218

Hasta la semana 23 de 2015 se registraron 14,078 casos, de los cuales 1,356 corresponden a la presente semana.

Casos de Chik, El Salvador, SE 37-53 de 2014 y SE 01-23 de 2015



Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE01- 23 de 2015

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	567	506
1-4 años	813	181
5-9 años	957	165
10-19 años	2415	178
20-29 años	3435	280
30-39 años	2536	301
40-49 años	1744	251
50-59 años	896	177
>60 años	715	103
Total general	14.078	218

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 23 -2015

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 67,657 casos.
- Durante la semana 23 se notificó 41,689 casos, 1% (595 casos) mas que lo reportado en la semana 22 (41,094 casos).
- Comparando los casos de la semana 23 del año 2015 se ha notificado un total acumulado de 947,193 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2014 (1,069,452 casos) significan una disminución del -11% (-122,259 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 20,899 casos en Cabañas a 323,986 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 323,986, La Libertad 104,975 y Santa Ana 69,258.

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	70055	46985	24661	7125	10618	8590

NEUMONIAS, EL SALVADOR, SE 23-2015

- El promedio semanal de neumonías es de 1,230 casos.
- Durante la semana 23 se ha reportado un total de 794 casos, lo que corresponde a una disminución del -7% (-61 casos) respecto a los notificados en la semana 22 (855 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 23 del año 2015 (17,217 casos) con el mismo período del año 2014 (17,346 casos) se observa una disminución de un -1% (-129 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 441 casos en Cabañas y 4,065 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 4,065, San Miguel 2,202 y Ahuachapán 1,527 casos.
- 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 (72%) 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 (%)
2015	5,993	285	4.76
2014	5,287	229	4.33

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 16 de junio 2015, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos

Tasas de neumonía por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Neumonías	4408	1338	199	37	44	309

VIGILANCIA CENTINELA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS
EL SALVADOR, SE 23-2015

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus de influenza y otros virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 23, 2014 – 2015

Resultados de Laboratorio	2014	2015	SE 23-
	Acumulado SE 23		2015
Total de muestras respiratorias analizadas	778	732	34
Muestras positivas a virus respiratorios	77	141	11
Total de virus de influenza (A y B)	20	30	0
Influenza A (H1N1)pdm2009	7	7	0
Influenza A no sub-tipificado	1	2	0
Influenza A H3N2	3	19	0
Influenza B	9	2	0
Total de otros virus respiratorios identificados	57	112	11
Parainfluenza	22	28	2
Virus Sincitial Respiratorio (VSR)	4	66	7
Adenovirus	31	18	2
Positividad acumulada para virus respiratorios	10%	19%	32%
Positividad acumulada específica para Influenza	3%	4%	0%
Positividad acumulada específica para VSR	1%	9%	21%

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y VIRUS RESPIRATORIOS

Los datos de la última Actualización Regional SE 21, 2015 de la OPS publicada el 9 de junio, 2015 reportan:

En **América del Norte** la actividad de influenza es baja y continúa disminuyendo. La detección de influenza B continúa reportándose como predominante en las últimas semanas.

En el **Caribe** la actividad de virus respiratorios se mantiene baja; sin embargo, en República Dominicana y Jamaica se ha incrementado la detección de influenza A en las últimas semanas.

En **Centroamérica** la actividad de virus respiratorios continúa baja. En Costa Rica y en El Salvador la actividad de IRAG disminuyó esta semana; en las últimas semanas se ha incrementado ligeramente las detecciones de virus respiratorios, con predominio de adenovirus y VSR.

En **América del Sur** la actividad de virus respiratorios se mantiene en niveles inter-estacionales y la actividad de IRA/IRAG y otros virus respiratorios permanece baja. En Perú y Paraguay, en las últimas semanas se han incrementado las detecciones de influenza A(H3N2) y VSR.

Nivel Global: En Europa, norte de África y países templados y occidentales de Asia, las actividad de influenza se mantiene baja y continúa disminuyendo.

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

**Gráfico 1.- Distribución de virus respiratorios por semana epidemiológica
vigilancia centinela, El Salvador, 2014 – 2015**

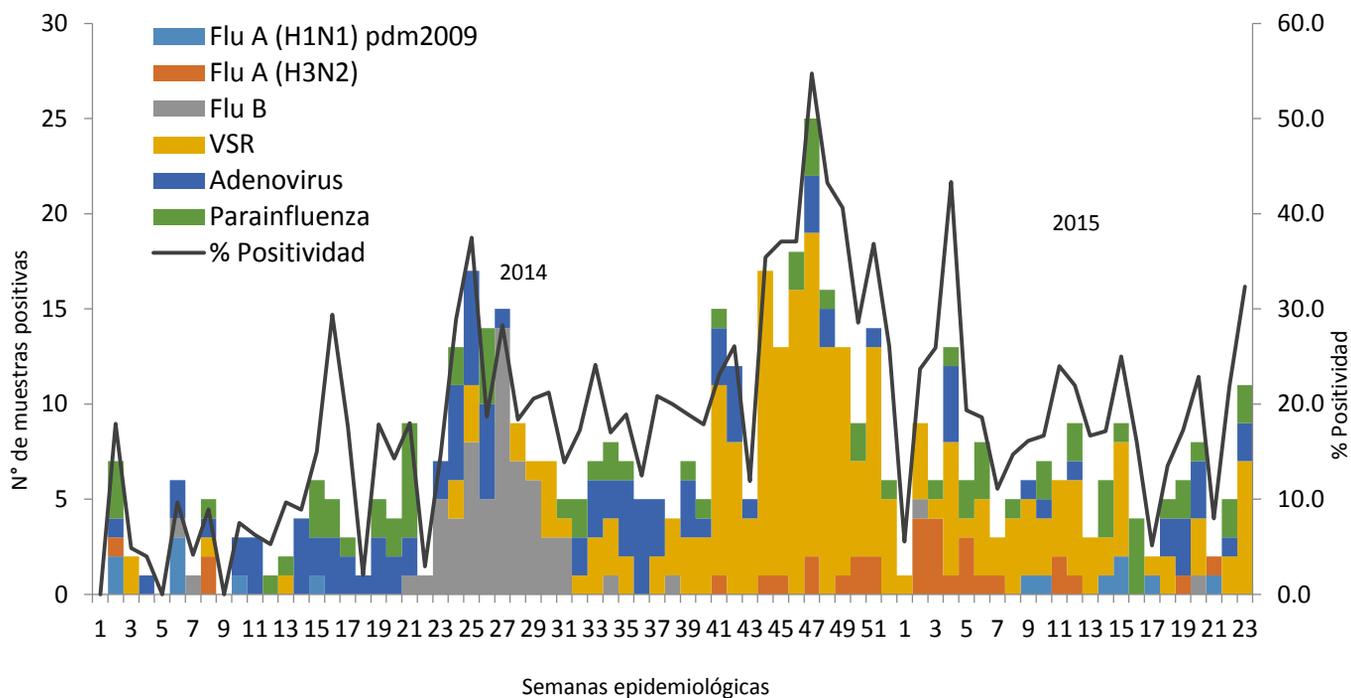
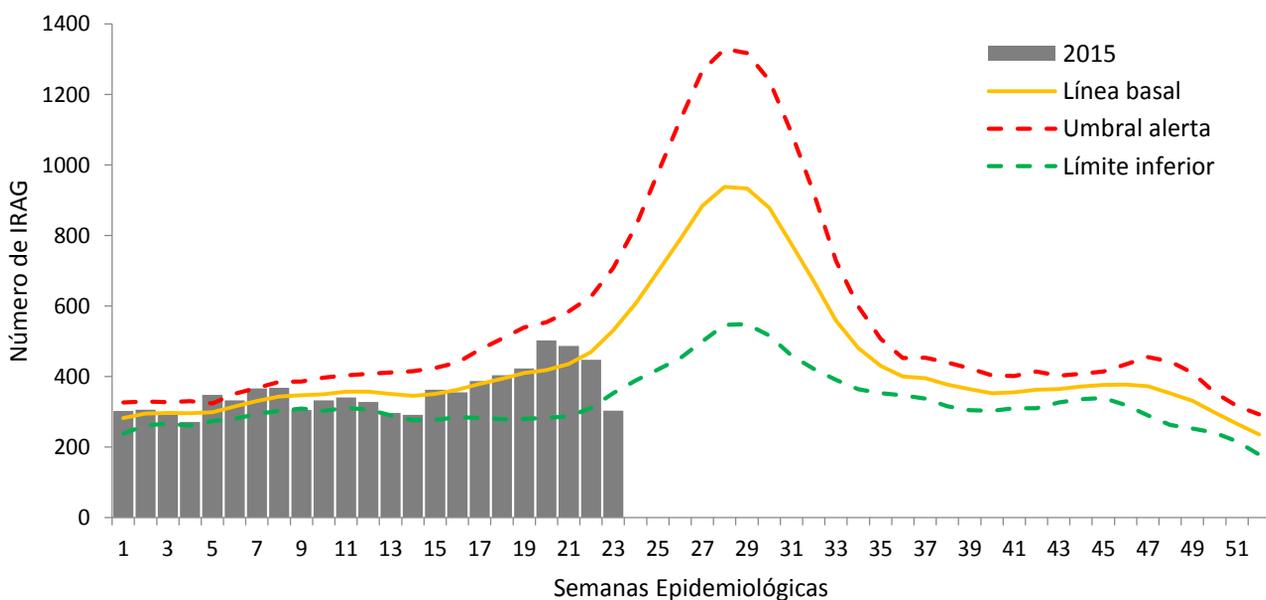


Gráfico 2.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG) egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 23 – 2015



10 ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 23- 2015

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 13,710 casos.
- Durante la semana 23 se notificó un total de 9,864 casos, que significa un incremento del 1% (71 casos) respecto a lo reportado en la semana 22 (9,793 casos).
- Comparando casos acumulados de enfermedad diarreica aguda a la semana 23 del año 2015 (191,940 casos) con el mismo período del año 2014 (160,562 casos), se evidencia un incremento del 20% (31,378 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 3,996 casos en Cabañas y 79,436 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 79,436, La Libertad 25,844 y Santa Ana 13,679 casos.
- Del total de egresos por Diarrea, el 51% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (72%) seguido de los adultos mayores de 59 años (7%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Semana 23			
Año	Egresos	Fallecidos	% de Letalidad
2015	8,140	31	0.38
2014	6,251	26	0.42

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 16 de junio 2015, 10:30 horas) sujetos a digitación de egresos.

Tasas de EDA por grupo de edad

Evento	Tasas por 100,000 habitantes					
	< 1 año	1 a 4	5 a 9	10 a 19	20 a 59	> 60
Diarrea y gastroenteritis	17028	11137	2891	1004	2357	1807

11

MORTALIDAD MATERNA

Mortalidad materna notificada por establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS y comunitaria, 01 de enero al 15 de junio 2014-2015.

Del 01 de enero al 15 de junio de 2015, se notifican 30 muertes maternas por todas las causas (directas, indirectas y no relacionadas); 3 muertes más comparado con el mismo período del 2014 (27 muertes).

El 50% (15/30) entre el grupo de 20 a 29 años, 27% (8/30) de 30 a 39 años, 20% (6/30) de 10 a 19 años y 3% (1/30) de 40 a 49 años.

26 de 30 muertes clasificadas como intrahospitalarias y 4 comunitarias.

Las muertes maternas proceden de los departamentos de: San Salvador (5), Santa Ana (4), San Miguel (3), Sonsonate (3), Cabañas (2), La Libertad (2), La Unión (2), Usulután (2), Ahuachapán (1), Chalatenango (1), Morazán (1), Cuscatlán (1), la Paz (1), San Vicente (1) y Honduras (1).

12

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en los establecimientos del Ministerio de Salud, 01 de enero al 15 de junio 2014-2015.

Del 1 de enero al 15 de junio de 2015, se notifican 504 muertes menores de 5 años, 4 muertes más comparado con el mismo período del 2014 (500 muertes).

Hasta el 15 de junio del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 85% (426/504), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (426) , el 61% (259) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 77% (199) corresponden al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, el 78% (333) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (74), San Miguel (52), Sonsonate (50), Santa Ana (42), Ahuachapán (36), La Libertad (34), Usulután (25) y La Paz (20).

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