



CONTENIDO

1. Análisis de desigualdades de embarazo en adolescentes de 9 a 18 años (II parte)
2. Enfermedad por Virus del Ébola(EVE).
3. Resumen de eventos de notificación hasta SE 37/2015.
4. Situación epidemiológica del Dengue.
5. Situación epidemiológica CHIKV.
6. Infección Respiratoria Aguda.
7. Neumonías.
8. Vigilancia Centinela.
9. Enfermedad Diarreica Aguda
10. Mortalidad materna .
11. Mortalidad en menores de 5 años.

La información presentada corresponde a la semana epidemiológica 37 del año 2015. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,108 unidades notificadoras (89.4%) 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 73.6% en la región Metropolitana.

Se emplearon datos de casos notificados en el VIGEPES y hospitalizaciones registradas en el SIMMOW. Se completó la información con datos provenientes de la Vigilancia Centinela Integrada para Virus Respiratorios y Rotavirus, datos estadísticos sistema dengue-vectores.

En mortalidad materna e infantil, se utilizan valores absolutos y proporciones de las variables :grupo de edad, procedencia y causas de mortalidad. Los datos utilizados proceden de los registros de egresos del Sistema de Morbimortalidad (SIMMOW), VIGEPES e información de la USSR.

Las muertes maternas incluyen las auditadas, ocurridas en Hospitales del MINSAL, Sector Salud y comunitaria, se excluyen las muertes de otra nacionalidad.

Las muertes infantiles incluyen las que ocurrieron en los hospitales del MINSAL y las de otra nacionalidad.

Análisis de desigualdades de embarazo en adolescentes (II parte)

Se ha venido elaborando un análisis sobre las inequidades en salud, relacionando varios estratificadores al embarazo en adolescentes; se pretende generar un debate claro, orientador que impulse una práctica en salud, con decisiones basadas en un buen trabajo conceptual, con métodos novedosos y técnicas que nos permitan producir conocimientos de ruptura, que inicien el cambio de paradigma, necesario para abordar la determinación social de la salud y transformarla, es decir para que sea una propuesta realmente emancipadora. Estas mediciones de inequidad favorecen la comprensión del concepto de **reproducción social**, el cual se entiende como un proceso dinámico, dialéctico, que contempla los espacios donde se desarrolla la vida y los eventos que la deterioran o agreden, develando las relaciones interdependientes e históricas con el medio ambiente; ahí donde convergen múltiples modos de vida, se hacen especialmente visibles las inequidades de género y salud.

Esta semana se continúa analizando el embarazo en las adolescentes, esas vidas que florecen entre fuegos (como diría J. Breilh), en ese complejo espacio donde el Índice de Desarrollo Humano y el hacinamiento (producto de la elevada densidad poblacional), la insalubridad, la exclusión y la violencia atajan el camino del crecimiento y desarrollo adecuado, relegando la **vida y la alegría**. (La Alegría, al igual que la Vida, no tiene límites. Concebir la salud como Alegría y no como normalidad, es superar las relaciones de dependencia y sumisión para asumir valientemente la libertad y recuperar el sentimiento de pertenencia a la Vida)

Sobre Índice de desarrollo humano (IDH)

Parafraseando a Jaime Breilh, el Índice de desarrollo humano (IDH) es como un espejismo con números, ya que distorsiona la realidad o la moldea de forma tal que emite una explicación parcial de dicho desarrollo, entendido éste de acuerdo a los criterios formulados por el PNUD en 2001, como un indicador compuesto que “refleja las características de la vida larga y saludable, conocimientos y un nivel de vida decoroso” que traducido al ámbito epidemiológico podríamos decir que se calcula en tres medidas: la longevidad de la población (medida por medio de la mortalidad general o expectativa de vida); la de avances del conocimiento (medido por el grado de escolaridad básica de la población); y la medida de un “estándar de vida decente” (medido por el promedio per cápita-PIB). No obstante, resulta matemáticamente hermoso cómo se demuestra esa asociación estadística, que sin lugar a dudas es intachable e importante, así como necesaria para ganar credibilidad en el campo de la ciencia, sin embargo su limitación radica en la conceptualización del estándar o del mínimo tolerable con que se pretende disfrazar la realidad con un supuesto desarrollo humano.

El verdadero desarrollo no se limita a regalías, pequeñas o maquilladas redistribuciones de la riqueza, se conquista a través de la construcción del poder popular, que abogue por la eliminación de las causas estructurales que generan la inequidad como son la monopolización de la economía, los crímenes contra la vida, el ambiente, el conflicto de poder entre etnias para imponer culturas, en definitiva para seguir multiplicando la dominación.

Continuación de Análisis de inequidad de embarazo en adolescentes (II Parte)

La humanización y justicia laboral a través de trabajo digno y remunerado, la desalienación del consumo, la defensa por la vida y la naturaleza, el fortalecimiento de la democracia política y cultural son elementos que marcan el avance humano y ninguno de esos aspectos tiene correlación con el Indicador de Desarrollo Humano en si mismo, por lo que es necesario superarlo con el análisis conjunto de otros estratificadores y problemas que significan un drama social (embarazo en adolescentes), tal como se ha realizado para este boletín y en su edición anterior.

Sobre hacinamiento

De acuerdo al Informe sobre retos de las niñas, niños y adolescentes urbanos en El Salvador, realizado por UNICEF 2012, los 5 municipios con mayor densidad poblacional son: Cuscatancingo, Soyapango, Mejicanos, San Salvador y Sonzacate (Censo 2007), dicha concentración poblacional conformada por asentamientos precarios, llamados barrios marginales o tugurios₁ impulsa la creación desproporcionada de exclusión e inequidades que vierte los pensamientos, sentimientos y acciones hacia las diferentes formas de violencia, manifestándose en incestos, que van desde abusos o violaciones, generalmente infringidos por familiares cercanos entendidos como conductas que amenacen o vulneren el derecho de la mujer a decidir libremente su vida sexual, independientemente que la persona agresora guarde o no relación conyugal o de noviazgo con la adolescente; es preocupante que la depresión y frustración generada a partir de un embarazo en adolescentes, y más si tienen origen violento, puede inducir a la gestante a ideas suicidas, que en algunos casos se concretizan, es por esto que en nuestro país se decidió incluir los suicidios dentro de la mortalidad materna, porque de lo contrario serían reportadas como lesiones de causa externa generando una falacia epidemiológica al respecto, desviando la atención sobre el tema original que es la violencia de género.

El hacinamiento podría relacionarse además con conductas dañinas para la salud mental de las y los adolescentes, como son el acoso sexual que inicia tristemente a edades cada vez más tempranas (de 9 a 12 años), donde la voluntad, el deseo y la decisión de tener una experiencia sexo coital, distan mucho de lo biológico y de lo ético-moral socialmente definido.

La violencia contra las mujeres y el embarazo adolescente son armas silenciosas que atentan contra los derechos humanos, son una especie de morbilidad maligna que lentamente se apodera de la vida, convirtiéndola en sobrevivencia.

Tabla 1. Incidencia de embarazos en adolescentes (9–18 años) según IDH y medidas de inequidad 2014

Índice de Desarrollo Humano	Tasa ajustada 80%	Diferencia de tasas	Razón de Tasas
quintil 1 (mayor IDH)	2,981	0	1.00
quintil 2	3,737	756	1.25
quintil 3	4,082	1,101	1.37
quintil 4	4,227	1,246	1.42
quintil 5 (menor IDH)	4,452	1,471	1.49
Fracccion Atribuible Poblacional absoluta:	528		
Fracccion Atribuible Poblacional relativa:	0.15 (15%)		
Incidencia total (9 a 18 años):	3,520		
Índice de la Pendiente de Desigualdad:	2,095		

Grafico 1

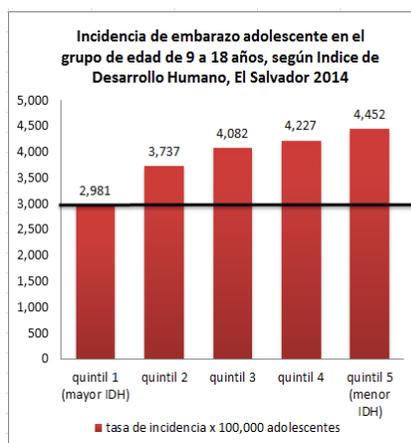


Grafico 2

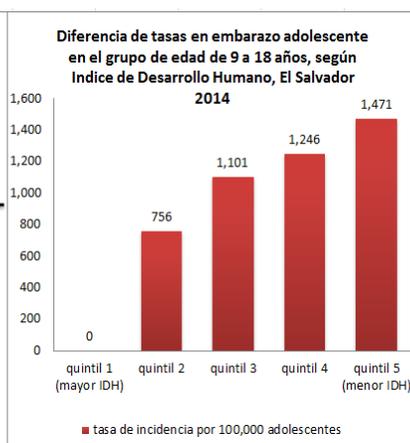
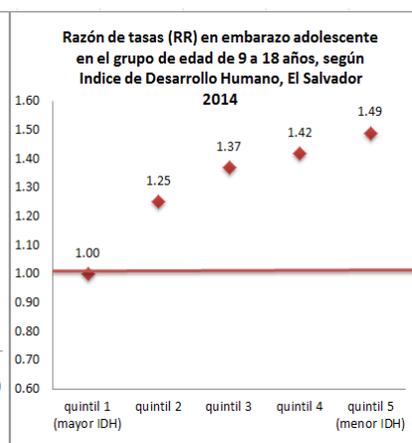


Grafico 3



La incidencia del embarazo en adolescentes se incrementa casi una vez y media en la medida que disminuye el Índice de Desarrollo Humano (gráfico 1), es decir donde el IDH es mayor se registra una de incidencia de 2,981 embarazos en adolescentes por cada 100,000 adolescentes, mientras que para el quintil 5 (de menor IDH) la tasa es de 4,452; tomando como referencia el quintil más aventajado, todo lo que se registra por encima de el (línea negra en grafica 1 y horizonte de la grafica 2) representa un exceso y para el quintil 5 donde la inequidad es mayor, la tasa de embarazos registra 1,471 casos más por cada 100,000 adolescentes. Dicho exceso podría haberse prevenido si todas las adolescentes tuvieran condiciones materiales de vida, como las que ya alcanzó el 20% de la población con el mayor IDH (quintil1). Adicionalmente si la comparación se realiza entre percentiles (1 y el 100) en vez de quintiles, observamos el valor de esa desigualdad crece de 1,471 (q1-q5) a 2,095 por 100,000 adolescentes (IPD), ello debido a que los quintiles representan una medida resumen y enmascaran la realidad de cada percentil que lo conforma.

De acuerdo con la grafica 3, las adolescentes que residen en los municipios correspondientes al quintil 5 con menor IDH, tienen una probabilidad adicional del 49% de cursar con un embarazo entre los 9 y 18 años, respecto de aquellas que residen en los lugares que conforman el q1.

Al contabilizar el valor total de esta inequidad social, los datos sugieren que asciende a un 15% de todos los casos registrados para 2014 (FAP-relativa), y que si fuéramos capaces de redistribuir las condiciones materiales de vida, para que todos alcancen el IDH de aquellas personas más aventajadas (quintil 1), podríamos evitar en conjunto 528 casos por cada 100,000 adolescentes (FAP-abs), lo que para una población de 533,318 (equivalente a todos los adolescentes entre 9 y 18 años para 2014), significa un aproximado de 2,816 casos de los 18,766 embarazos en adolescentes registrados durante 2014.

Tabla 2. Incidencia de embarazos en adolescentes según densidad poblacional y medidas de inequidad 2014

Densidad poblacional	Tasa ajustada 80%	Diferencia de tasas	Razón de Tasas
quintil 1 (mayor densidad)	4,444	1,319	1.42
quintil 2	3,269	144	1.05
quintil 3	4,267	1,142	1.37
quintil 4	3,844	719	1.23
quintil 5 (menor densidad)	3,125	0	1
Fraccion Atribuible Poblacional absoluta:	387		
Fraccion Atribuible Poblacional relativa:	0.11 (11%)		
Incidencia total (9 a 18 años):	3,520		
Indice de la Pendiente de Desigualdad:	1,306		

Grafico 4

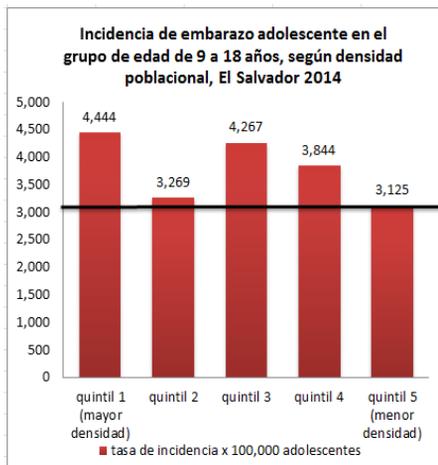


Grafico 5

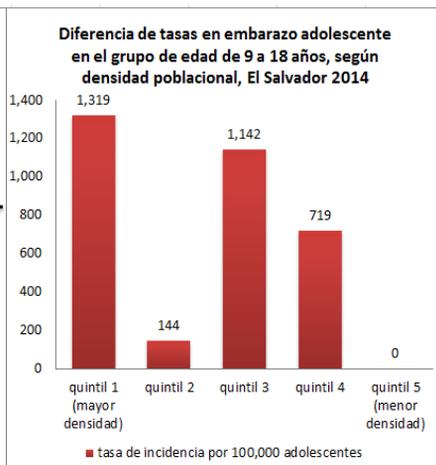
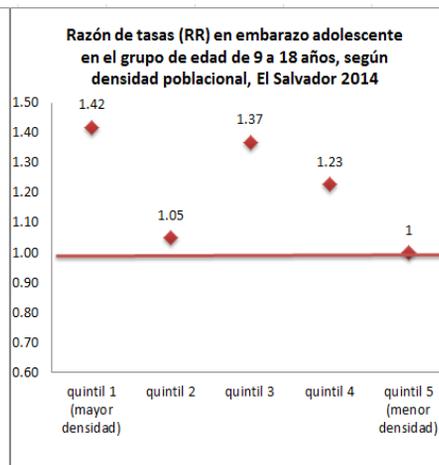


Grafico 6



La incidencia del embarazo en adolescentes se incrementa en la medida que aumenta la densidad poblacional (gráfico 1), es decir donde la densidad poblacional es mayor se registra una incidencia de 4,444 embarazos en adolescentes por cada 100,000 adolescentes, mientras que para el quintil 5 (de menor densidad) la tasa es de 3,125; tomando como referencia el quintil más aventajado (q5), todo lo que se registra por encima de el (línea negra en grafica 4 y horizonte de la grafica 5) representa un exceso y para el quintil 5 donde la densidad es mayor, la tasa de embarazos registra 1,319 casos más por cada 100,000 adolescentes. Dicho exceso podría haberse prevenido si todas las adolescentes tuvieran condiciones materiales de vida, como las que ya alcanzó el 20% de la población que vive en menor hacinamiento (quintil1). Adicionalmente si la comparación se realiza entre percentiles (1 y el 100) en vez de quintiles, observamos excepcionalmente que el valor de esa desigualdad disminuye de 1,319 (q1-q5) a 1,306 por 100,000 adolescentes (IPD), ello debido a el quintil 2 representa un importante factor confusor donde la incidencia resultó menor de la esperada.

De acuerdo con la grafica 3, las adolescentes que residen en los municipios correspondientes al quintil 1 con mayor densidad poblacional, tienen una probabilidad adicional del 42% de cursar con un embarazo entre los 9 y 18 años, respecto de aquellas que residen en los lugares que conforman el q5.

Al contabilizar el valor total de esta inequidad social, los datos sugieren que asciende a un 11% de todos los casos registrados para 2014 (FAP-relativa), y que si fuéramos capaces de redistribuir las condiciones materiales de vida tal como aquellas personas más aventajadas (quintil 5), podríamos evitar en conjunto 387 casos por cada 100,000 adolescentes (FAP-abs), lo que para una población de 533,318 (equivalente a todos los adolescentes entre 9 y 18 años para 2014), significa un aproximado de 2,065 casos de los 18,766 embarazos en adolescentes registrados durante 2014.

Conclusiones

- La incidencia del embarazo en adolescentes se incrementa de forma inversamente proporcional con el IDH.
- Si fuéramos capaces de redistribuir las condiciones materiales de vida, para que todos alcancen el IDH de aquellas personas más aventajadas, podríamos evitar en conjunto un aproximado de 2,816 casos de los 18,766 embarazos en adolescentes registrados durante 2014.
- Los embarazos en adolescentes ocurren cada vez a más temprana edad, lo cual sugiere el inicio precoz de relaciones sexo coitales (la mayoría de ellas producto de violaciones, incestos y violencia sexual) producto del hacinamiento y la exclusión social en la que se ven obligadas a sobrevivir, trayendo aparejadas diversas consecuencias como el embarazo.
- La incidencia del embarazo en adolescentes se incrementa de forma directamente proporcional con la densidad poblacional y el hacinamiento.
- Si nuestro país fuera capaz de redistribuir las condiciones materiales de vida para todos sus habitantes, para que vivieran como el 20% que ya alcanzó condiciones dignas de vivienda y confort, podríamos evitar 2,065 casos de los 18,766 embarazos en adolescentes registrados durante 2014.

Consideraciones finales.

Para las cúpulas del poder, el que la información de los informes de salud se muestre por “pedazos” y no se puedan reconocer el origen de esos pedazos no es un problema sino por el contrario una solución. Ese tipo de diagnósticos producen la ilusión de que se está abordando rigurosamente los “factores de riesgo” que tanto afectan a la población, cuando en verdad estas fracciones de la realidad no pueden armarse, y por tanto la imagen que podemos elaborar sobre la situación de salud desde ese tipo de enfoque, termina encubriendo la realidad bajo la apariencia de seriedad científica que se limitan a contar muertos, enfermos y heridos. En cambio, los interesados en conocer a fondo su realidad para transformarla, requieren romper esos enfoques reduccionistas y construir interpretaciones integrales de los problemas, destacando aquellos que constituyen “las causas de las causas”, y mirando con cuidado la relación de esos problemas con las grandes relaciones sociales, de poder y dominación, que caracterizan a sociedades jerarquizadas como la nuestra. En tal sentido con los análisis de inequidad elaborados en los boletines epidemiológicos de la Dirección de Vigilancia Sanitaria, se pretende generar un debate claro, orientador que impulse una práctica en salud, con decisiones basadas en un buen trabajo conceptual, con métodos novedosos y técnicas que nos permitan producir conocimientos de ruptura, que inicien el cambio de paradigma, necesario para abordar la determinación social de la salud.

Enfermedad por virus del Ébola (EVE)

- Al 16 de septiembre de 2015, se han reportado 28,220 casos con 11,291 defunciones (letalidad 40%).
- Esta semana se reportaron 5 casos confirmados:, todos en Sierra Leona.
- No se han reportado nuevos trabajadores de salud infectados esta semana. Al momento se contabilizan 881 casos confirmados en trabajadores de salud de los cuales han fallecido 513 (letalidad de 58 %).
- No hay nuevos casos en Liberia. Al momento se considera este brote como independiente del brote recién pasado. se mantiene una vigilancia intensificada.

Casos confirmados, probables y sospechosos y muertes por EVE al 16 de septiembre de 2015.

	País	Definición de caso	Casos	Muertes	% Letalidad
Países con brote de trasmisión muy activa	Guinea	Confirmados	3338	2078	
		Probables	452	452	
		Sospechosos	2	0	
		Total	3792	2530	67%
	Liberia*	Confirmados	3151		
		Probables	1879		
		Sospechosos	5636		
		Total	10666	4806	45%
		Confirmados	6	2	
		Probables	0		
		Total	6	2	33%
	Sierra Leona	Confirmados	8704	3587	
		Probables	287	208	
		Sospechosos	4765	158	
		Total	13756	3953	29%
	Total		28220	11291	40%

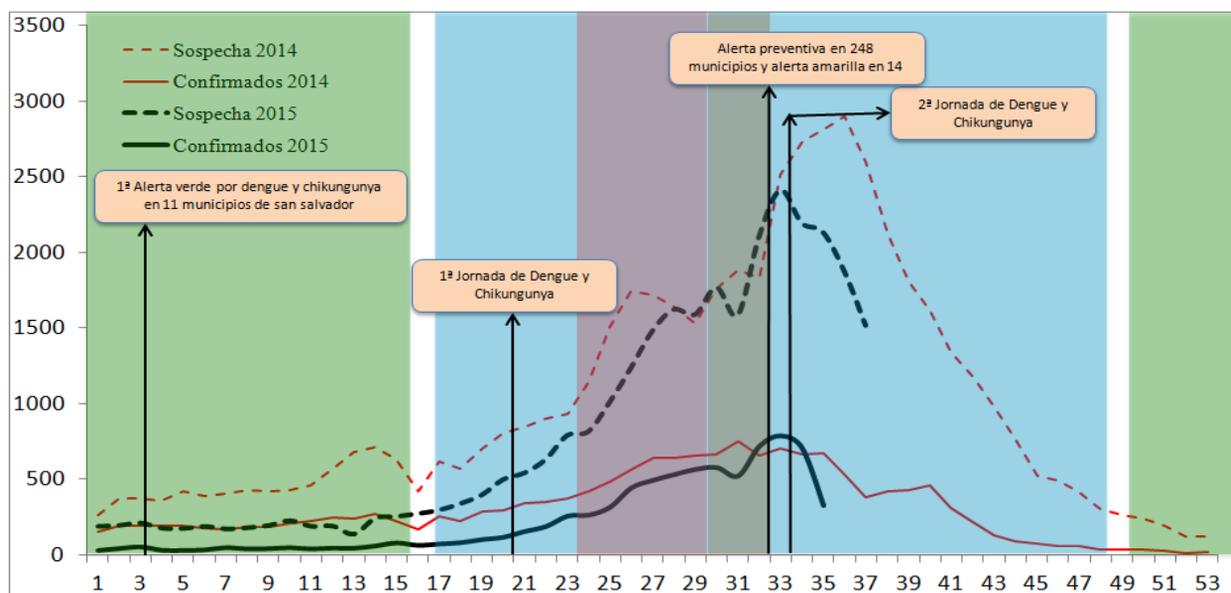
* Se considera que el brote actual no se relaciona con el brote de los otros países.

Fuente: OMS

No	Evento	Semanas		Acumulado 2014	Acumulado 2015	Diferencial (%) para 2015	Tasa por 100000.0 habitantes
		Epidemiológicas					
		37	38				
1	Infección Respiratoria Aguda	41595	31947	1776466	1533779	(-14)	23741
2	Dengue sospechosos	1874	1516	40976	30056	(-27)	465
3	Chikungunya	1349	854	-	42760	-	662
4	Diarrea y Gastroenteritis	3965	3399	264487	279299	(6)	4323
5	Parasitismo Intestinal	3014	2524	170777	157242	(-8)	2434
6	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	982	905	48029	48167	(0)	746
7	Neumonías	910	734	30301	33872	(12)	524
8	Hipertensión Arterial	408	304	17153	15900	(-7)	246
9	Mordido por animal trans. de rabia	398	322	16699	14768	(-12)	229
10	Diabetes Mellitus (PC)	248	164	9908	10447	(5)	162

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-53 del 2014, SE1-37 de 2015



Sequía meteorológica
Canícula pronosticada

Época lluviosa
Época seca

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1-37 de 2014-2015 y porcentaje de variación

	Año 2014	Año 2015	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-37)	40976	30056	-10920	-27%
Hospitalizaciones (SE 1-37)	3087	5607	2520	82%
Casos confirmados D+DG (SE 1-35)	12843	7887	-4956	-39%
Casos confirmados Dengue (SE 1-35)	12691	7634	-5057	-40%
Casos confirmados DG (SE 1-35)	152	253	101	66%
Fallecidos (SE 1-37)	4	2	-2	-50%

Tasa de letalidad: 0.02%

Hasta la SE37 del presente año (13 al 19 de septiembre), se han registrado 30,056 casos sospechosos de dengue, lo cual representa una reducción del 27% (10,920 casos menos) en relación al año 2014. Para el 2015 se han confirmado 7,887 casos, de los cuales 7,634 fueron casos con o sin signos de alarma y 253 fueron casos de dengue grave.

Al momento el Comité Nacional de Auditoría Médica sobre Mortalidad de origen Infeccioso Con Potencial Epidémico, confirma defunción en paciente femenina, 24 años de edad, domicilio de San Pedro Puxtla, Ahuachapán, G2P1A0V1, falleció el 12/06/15, en Hospital Nacional de la Mujer. Causa básica defunción linfocitopenia severa.

El Comité Nacional de Auditoría Médica sobre Mortalidad de origen Infeccioso con Potencial Epidémico, confirma defunción en paciente femenina, 1 año 9 meses de edad, domicilio de San Martín, San Salvador, falleció el 29/06/15, en Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, tras una estancia hospitalaria de apenas 4 horas. 3 días antes había consultado en otro establecimiento del sistema de salud. Causa básica defunción Dengue Grave. Pendientes 4 casos por auditar al momento.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE1 a SE35 del 2015

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000
<1 año	422	376
1-4 años	1331	296
5-9 años	1960	339
10-14 años	1280	199
15-19 años	901	127
20-29 años	1080	88
30-39 años	425	50
40-49 años	239	34
50-59 años	135	27
>60 años	114	16
	7887	122

Hasta la SE35 (casos confirmados), los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad son < 1 año con una tasa de 376 por 100 mil habitantes, los de 5 a 9 años con una tasa de 339 y 1 a 4 años con 296. La tasa en <1 año representa 3 veces la del promedio nacional (122 por cada 100,000 hab).

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE1 a SE35 del 2015

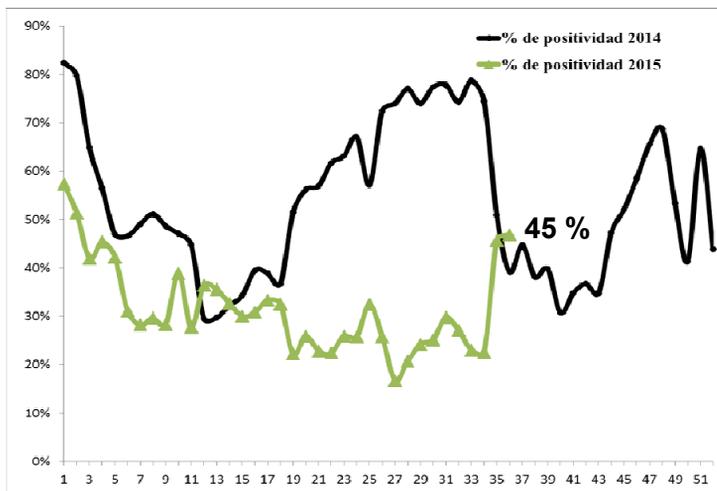
Departamento	Casos	Tasa x 100.000
La Union	647	246
San Miguel	1142	233
San Salvador	3098	176
Morazan	346	174
Cabañas	223	136
Usulután	437	119
San Vicente	195	108
Sonsonate	517	104
La Paz	260	73
La Libertad	503	64
Cuscatlán	152	59
Chalatenango	76	38
Ahuachapán	122	34
Santa Ana	158	27
Otros países	11	
	7876	122

Los departamentos con tasas arriba de la tasa nacional son: La Unión (246), San Miguel (233), San Salvador (176) Morazán (174) y Cabañas (136). Por otro lado los departamentos con las tasas más bajas a nivel nacional son Chalatenango (38), Ahuachapán (34) y Santa Ana (27).

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Muestras positivas para IgM, de casos sospechosos de dengue, SE37 – 2015

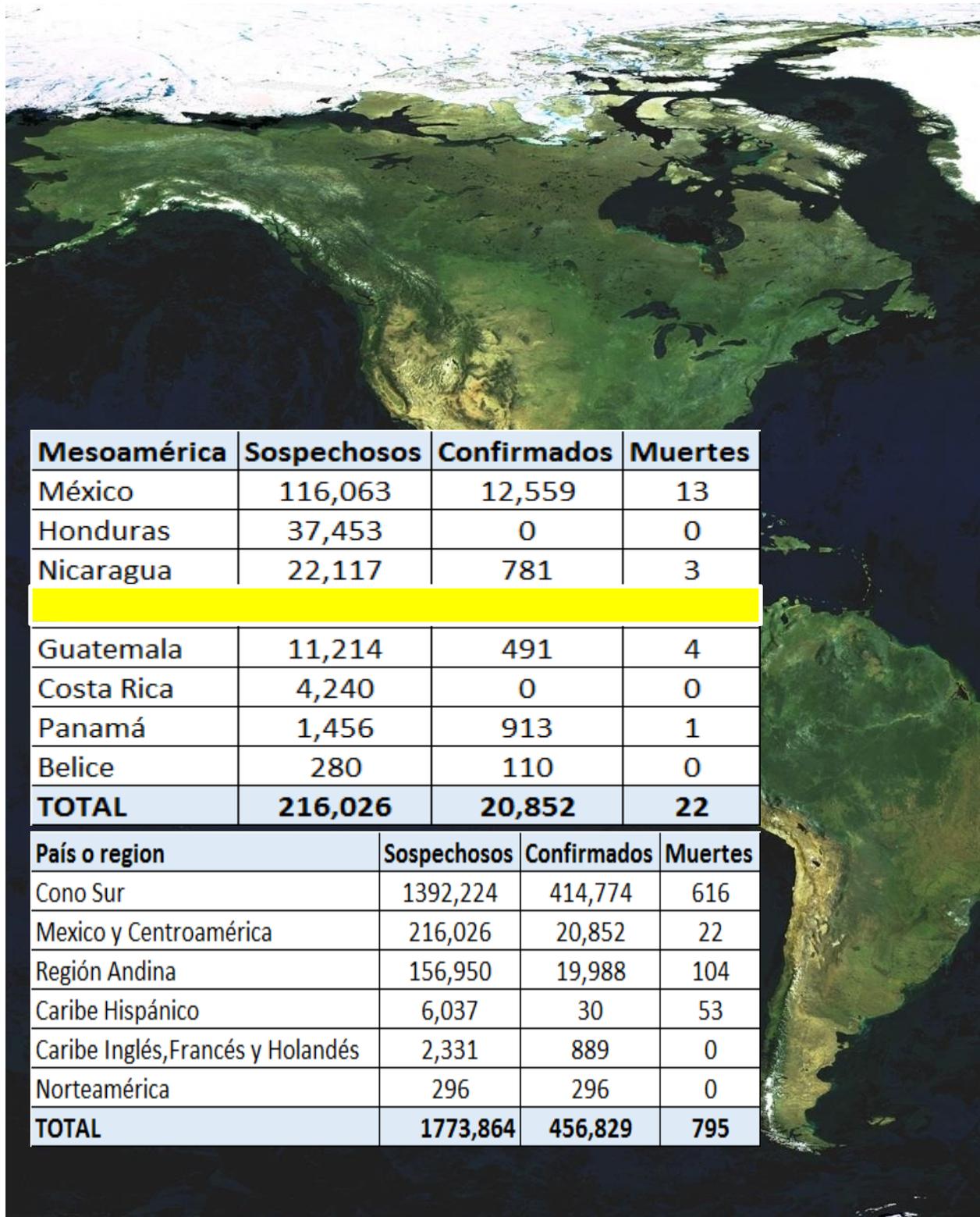
SIBASI	Total muestras	Muestras pos	% pos
Ahuachapán	7	4	57%
Santa Ana	17	11	65%
Sonsonate	49	27	55%
Total región occidental	73	42	58%
Chalatenango	11	5	45%
La Libertad	33	16	48%
Total región central	44	21	48%
Centro	90	41	46%
Sur	22	7	32%
Norte	40	19	48%
Oriente	50	22	44%
Total región metropolitana	202	89	44%
Cuscatlán	32	17	53%
La Paz	44	18	41%
Cabañas	21	11	52%
San Vicente	5	3	60%
Total región paracentral	102	49	48%
Usulután	72	28	39%
San Miguel	117	45	38%
Morazan	33	15	45%
La Unión	40	16	40%
Total región oriental	262	104	40%
Total País	683	305	45%



Las regiones de salud que presentan porcentajes de positividad de muestras de laboratorio más alta corresponde a región occidental con 58%, paracentral y central con 48% cada una.

Los SIBASI con mayor positividad son: Santa Ana 65%, San Vicente 60%, Ahuachapán 57% y Sonsonate con 55%. Los SIBASI con menor positividad son: sur 32% y San Miguel 38%.

CASOS DE DENGUE Y DENGUE SEVERO REPORTADO EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS, ACTUALIZADO HASTA LA SE 35 – 2015

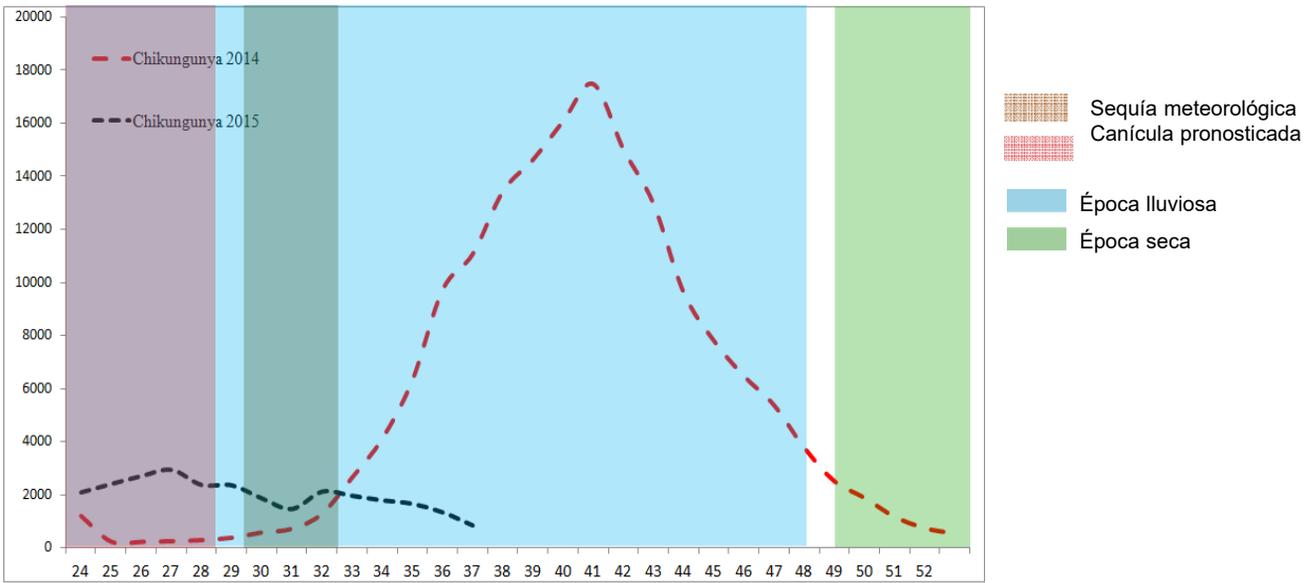


Fuente: PAHO EW 35

Número de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas 2015. Casos acumulados al 18 de Septiembre de 2015				
País/Territorio	Casos de transmisión autóctona		Casos importados	Fallecidos
	Sospechoso	Confirmados		
América del Norte				
Bermuda			3	
Canada			312	
Mexico		6,314	17	
Estados Unidos de América			433	
<i>Subtotal</i>	0	6,314	765	0
Istmo Centroamericano				
Belice				
Costa Rica		142		
El Salvador	36,140	16		0
Guatemala	7,342	522		1
Honduras	71,835	5		0
Nicaragua	38,281	2,853		1
Panamá	123	17	15	
<i>Subtotal</i>	153,721	3,555	15	2
Caribe Latino				
Cuba				
República Dominicana	67			
Guyana Francesa	6,560	1,756		2
Guadalupe	150			
Haiti				
Martinica	320			
Puerto Rico	738	127		1
San Bartolomé	317			
San Martín (Francia)	600			
<i>Subtotal</i>	8,752	1,883	0	3
Área Andina				
<i>Subtotal</i>	374,400	6,313	171	57
Cono Sur				
<i>Subtotal</i>	11,293	992	47	0
Caribe No-Latino				
<i>Subtotal</i>	6,315	882	1	0
TOTAL	554,481	19,939	999	62

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

Tendencia de casos sospechosos de chikungunya, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 24-53 del 2014, SE24-37 de 2015



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 37 de 2014-2015

	Semana 37		Diferencia	% de variación
	Año 2014	Año 2015		
Casos Chikungunya (SE 1-37)	11074	854	-10881	-28%
Hospitalizaciones (SE 1-37)	242	39	692	102%
Fallecidos (SE 1-37)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE01-37 de 2015

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	4578	2273
Santa Ana	12061	2077
Cabañas	3015	1842
Ahuachapán	4336	1220
Cuscatlán	2620	1009
San Vicente	854	474
La Libertad	3546	452
Morazán	729	366
Sonsonate	1877	378
Usulután	1298	353
San Salvador	5449	309
San Miguel	1254	256
La Paz	895	253
La Unión	185	70
Guatemala	44	
Honduras	15	
Costa Rica	1	
Otros países	3	
Total general	42,760	662

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE01- 37 de 2015

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	1625	1449
1-4 años	2625	584
5-9 años	2891	500
10-19 años	6679	493
20-29 años	10254	835
30-39 años	7954	945
40-49 años	5614	809
50-59 años	2999	592
>60 años	2119	306
Total general	42760	662

Casos sospechosos y confirmados de Chik, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-37 de 2015

	Año 2015
Casos Sospechosos (SE 1-37)	42,760
Hospitalizaciones (SE 37)	39
Casos confirmados (SE 1-35)	17
Fallecidos (SE 1-37)	0

Hospitalizaciones por sospecha de Chik, El Salvador SE 37 de 2015

Establecimiento	Ingresos
Hospital San Juan de Dios Santa Ana	8
Hospital San Francisco Menéndez AH	7
Hospital Nueva Guadalupe	3
Hospital Chalatenango "Dr.Luis E.Vásquez"	3
Hospital Chalchuapa	3
Hospital Cojutepeque "Ntra.Sra.de Fátima"	2
Hospital Sonsonate SO "Dr. Jorge Mazzini"	2
Hospital Soyapango SS Psiquiatrico	2
Hospital Panchimalco SS Neumológico	2
Hospital Zacatecoluca "Santa Teresa"	1
Hospital Nueva Concepción	1
Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer	1
Hospital San Miguel "San Juan de Dios"	1
Hospital Morazán "San Francisco Gotera"	1
Hospital Santa Rosa de Lima	1
Hospital Militar de San Miguel	1
Total general	39

Índices larvarios SE 37 – 2015, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	24
Usulután	13
La Unión	12
San Miguel	11
Cabañas	11
Chalatenango	11
Cuscatlán	11
La Paz	10
San Vicente	10
Ahuachapán	9
Sonsonate	8
Morazán	8
Santa Ana	7
La Libertad	6
Nacional	10

Índice de deposito	%
Útiles	80
Inservibles	16
Naturales	1
Llantas	3

Actividades regulares de eliminación y control del vector SE 37-2015

- 65,021 viviendas visitadas, inspeccionando 58,036 (89.3%), realizando destrucción, eliminación de criaderos.
- En 34,476 viviendas se utilizó larvicida granulado al 1%; además 64,944 aplicaciones de fumigación.

Actividades de promoción y educación para la salud:

- 13,031 charlas impartidas.
- 5,078 material educativo distribuido (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano participante 6,069

- 70% Ministerio de Salud.
- 10% Ministerio de Educación.
- 13% personal de diferentes instituciones de gobierno.
- 5% personal de las alcaldías municipales.
- 2% Sanidad Militar.
- Con la ejecución de estas actividades se benefició alrededor de 452,988 habitantes.

6

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 37 -2015

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 109,556 casos.
- Durante la semana 37 se notificó 31,947 casos, -23% (-9,648 casos) menos que lo reportado en la semana 36 (41,595 casos).
- Comparando los casos de la semana 37 del año 2015 se ha notificado un total acumulado de 1,533,779 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2014 (1,776,466 casos) significan una disminución del -14% (-242,687 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 33,302 casos en Cabañas a 519,398 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 519,398, La Libertad 170,020 y Sonsonate 114,048.

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	114909	76607	39769	11883	16978	13724

7

NEUMONIAS, EL SALVADOR, SE 37-2015

- El promedio semanal de neumonías es de 2,419 casos.
- Durante la semana 37 se ha reportado un total de 734 casos, lo que corresponde a una disminución del -19% (-176 casos) respecto a los notificados en la semana 36 (910 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 37 del año 2015 (33,872 casos) con el mismo período del año 2014 (30,301 casos) se observa un incremento de un 12% (3,571 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 932 casos en Cabañas y 8,144 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 8,144, San Miguel 4,289 y Santa Ana 3,028 casos.
- Del total de egresos por neumonía, el 52% corresponden al sexo masculino. La mayor proporción de egresos se encuentra entre los menores de 5 años (73%) seguido de los adultos mayores de 59 años (15%).

Hospitalizaciones por neumonía

Egresos, fallecidos y letalidad por Neumonía Hasta la semana 37			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2015	12,522	501	4.00
2014	9,419	425	4.51

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 22 de septiembre 2015, 12:00 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	9361	2767	356	63	69	512

VIGILANCIA CENTINELA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS
EL SALVADOR, SE 37-2015

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus de influenza y otros virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 37, 2014 – 2015

Resultados de Laboratorio	2014	2015	SE 37-2015
	Acumulado SE 1 – 37		
Total de muestras respiratorias analizadas	1,342	1,295	26
Muestras positivas a virus respiratorios	197	351	9
Total de virus de influenza (A y B)	71	57	0
Influenza A (H1N1)pdm2009	7	9	0
Influenza A no sub-tipificado	1	1	0
Influenza A H3N2	3	45	0
Influenza B	60	2	0
Total de otros virus respiratorios identificados	130	299	9
Parainfluenza	35	43	0
Virus Sincicial Respiratorio (VSR)	28	236	8
Adenovirus	67	20	1
Positividad acumulada para virus respiratorios	15%	27%	35%
Positividad acumulada específica para Influenza	5%	4%	0%
Positividad acumulada específica para VSR	2%	18%	28%

SITUACIÓN REGIONAL DE INFLUENZA Y VIRUS RESPIRATORIOS

Los datos de la Actualización Regional en línea: SE 35, 2015 de la OPS publicada el 15 de septiembre de 2015 reportan,

En **América del Norte** la actividad de influenza y otros virus respiratorios se mantiene en niveles bajos.

En el **Caribe** la actividad de virus respiratorios continúa baja en general. En Cuba, se mantiene elevada la actividad de IRAG. Continúa alta la actividad de virus sincicial respiratorio (VSR) pero la detección de influenza A(H1N1)pdm09 disminuyó.

En **Centroamérica** la actividad de virus respiratorios continúa baja y la actividad de infección respiratoria aguda y grave se mantiene dentro de niveles esperados.

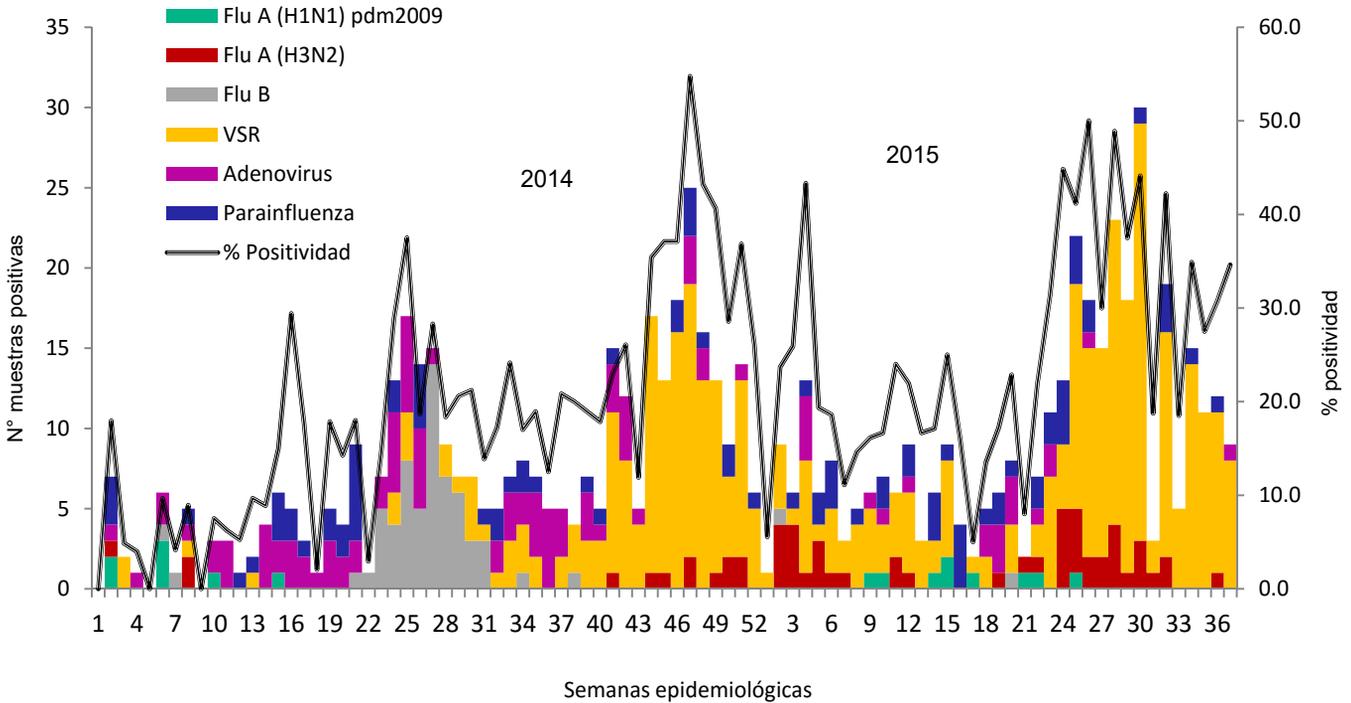
En **Sub-región Andina**: la actividad de virus respiratorios continúa dentro niveles esperados.

Brasil y Cono Sur: la actividad de influenza y otros virus respiratorios continúa disminuyendo. En Chile, en las continúa elevada la actividad de influenza, con predominio de influenza A(H1N1)pdm09. La actividad de VSR se mantiene alta pero con tendencia a la disminución.

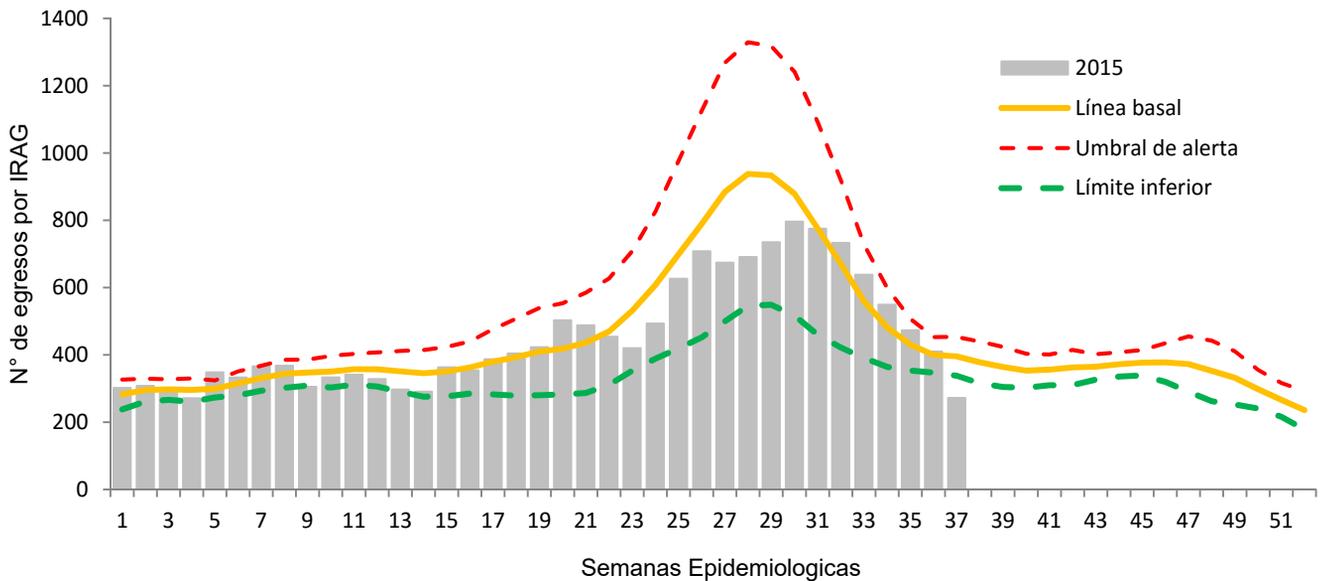
Nivel Global: la actividad de influenza continúa en el hemisferio sur, con un incremento reportado en Oceanía y con disminución de la actividad en Sudáfrica.

Fuente: 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**

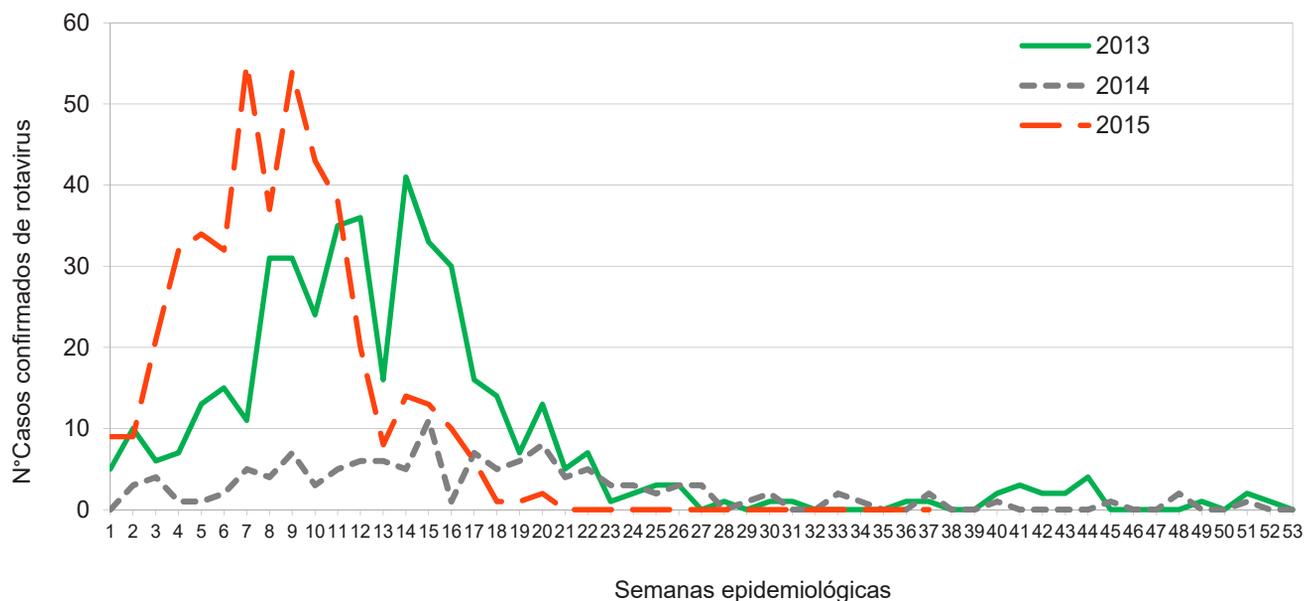


**Gráfico 2.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 37 – 2015**



VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS, EL SALVADOR, SE 37 – 2015

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 37, 2013 – 2015



Durante el año 2015, en el período de las semanas epidemiológicas 1 – 37 se ha notificado un total de 1,557 casos sospechosos de rotavirus de los cuales 441 resultaron positivos (**28% de positividad**), lo cual se contrasta con lo observado en el mismo período de 2014 donde se tomó muestra a 1,276 sospechosos y de ellos 121 (9%) fueron positivos, lo que significa para este año un incremento de 19 puntos porcentuales en la positividad acumulada hasta la semana 37.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 37- 2015

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 19,950 casos.
- Durante la semana 37 se notificó un total de 3,399 casos, que significa una disminución del -14% (-566 casos) respecto a lo reportado en la semana 36 (3,965 casos).
- Comparando casos acumulados de enfermedad diarreica aguda a la semana 37 del año 2015 (279,299 casos) con el mismo período del año 2014 (264,487 casos), se evidencia un incremento del 6% (14,812 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 5,902 casos en Cabañas y 111,811 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 111,811, La Libertad 35,842 y Santa Ana 20,058 casos.
- 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 (72%) seguido de los adultos mayores de 59 años (7%).

Hospitalizaciones por EDA

Egresos, fallecidos y letalidad por Diarrea Semana 37			
Año	Egresos	Fallecidos	% de Letalidad
2015	11,552	53	0.46
2014	9,685	56	0.58

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 22 de septiembre 2015, 12:00 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	25467	16441	4019	1468	3381	2700

10

MORTALIDAD MATERNA

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 21 de septiembre 2015.

Del 01 de enero al 21 de septiembre de 2015, de las muertes maternas notificadas se auditaron 51, de las cuales el 51% (26) fueron clasificadas como de causa directa, 25% (13) indirectas y 24% (12) no relacionadas.

De 39 muertes (directas e indirectas), 43.59% (17) ocurrieron en el grupo de 30 a 39 años, 28.21% (11) de 20 a 29 años, 21.08% (9) de 10 a 19 años y 5.13% (2) de 40 a 49 años de edad.

Las 39 muertes maternas (directas e indirectas) proceden de los departamentos de: San Salvador (6), San Miguel (4), La Unión (4), La Libertad (4), Ahuachapán (3), Santa Ana (3), Usulután (3), Cuscatlán (2), La Paz (2), Cabañas (2), San Vicente (2), Sonsonate (2), Chalatenango (1) y Morazán (1).

Muertes Maternas	2014	2015
Auditadas	46	51
Causa Directa	23	26
Causa Indirecta	15	13
Causa no relacionada	8	12

11

MORTALIDAD EN MENORES DE 5 AÑOS

Mortalidad Infantil ocurrida en la Red de hospitales del Ministerio de Salud, 01 de enero al 21 de septiembre 2014-2015.

Del 1 de enero al 21 de septiembre de 2015, se notifican 914 muertes menores de 5 años, 86 muertes más comparado con el mismo período del 2014 (828 muertes).

Hasta el 21 de septiembre del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 85% (776/914), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (776), el 63% (486) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 76% (367) corresponden al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, el 78% (608) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (151), San Miguel (95), Santa Ana (78), Sonsonate (71), La Libertad (67), Ahuachapán (62), Usulután (46) y La Unión (38).

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