



CONTENIDO

1. La Determinación Social de la Salud: Opción de la Reforma de Salud
2. Enfermedad por Virus del Ébola(EVE).
3. Resumen de eventos de notificación hasta SE 38/2015.
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 38 del año 2015. Para la elaboración y análisis del boletín se utilizaron datos reportados por 1,122 unidades notificadoras (90.4%) 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 77.0% 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.

En 1976 en el seno del Movimiento por las Reformas Sanitarias de la Medicina Social y la Salud Colectiva de América Latina, se propone la categoría explicativa de la determinación social de la salud y la enfermedad, que parte de comprender que la salud y la enfermedad son hechos no solamente biológicos, sino además y sobre todo sociales, las causas fundamentales de la mala salud están en la sociedad.

En ese sentido, la determinación social como categoría explicativa es una respuesta del pensamiento crítico al pensamiento tradicional que ha mirado la salud únicamente desde el plano de factores aislados de una realidad cuyos procesos estructurales no se explican, o se ocultan.

El enfoque de la determinación social de la salud postula que la salud sólo puede alcanzarse con:

- La sustentabilidad soberana de la producción de los bienes de los que depende la vida; esto es cada país decide qué, cuándo y cómo producir los bienes que su población necesita.
- La vigencia de relaciones sociales solidarias, traducido esto al compromiso social para la búsqueda constante de la equidad.
- La seguridad integral de los ecosistemas, espacios de trabajo y recursos como el agua, el aire y los alimentos.
- Un cambio tan profundo que no puede darse sin un cambio del modelo civilizatorio (que actualmente es excluyente, depredador e individualista) que se ha impuesto sin límites a la expansión monopólica y peligrosa de la economía de gran escala, sin proteger a las pequeñas y medianas economías, sin establecer una nueva arquitectura social y financiera que premie las actividades que otorgan relevancia a la vida, mientras sancionan las que la dañan o limitan.

Para el enfoque de determinación social de la salud es fundamental partir de un concepto integral de la salud, en consecuencia la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida, sino como un recurso más de la vida cotidiana. “La salud es un producto social positivo y un elemento generador de bienestar humano” (Foro Nacional de Salud 2014).

La Política Nacional de Salud de El Salvador, promulgada en 2009, asume como propios los conceptos y declaraciones sobre Promoción de la Salud concibiendo “la salud como un bien público, un derecho humano fundamental y la resultante de una interacción dinámica de determinantes socio-económicos, políticos, biológicos, culturales, demográficos y ambientales que deben permitir a la persona alcanzar su plena realización humana a través de vidas largas, saludables y productivas”.

La Declaración de Cuenca, Ecuador de julio de 2005 y el llamado a la Acción Global de la Salud de Ciudad del Cabo en 2012, promulgadas por el Movimiento para la Salud de los Pueblos (MSP) nos recuerdan que “la salud es un asunto social, económico y político, y sobre todo es un derecho humano fundamental”; la salud se corresponde entonces con ideas diferentes que se vinculan con: el valor de la vida, el modo en que las diferentes culturas conciben a las personas y su lugar en el mundo entre los demás seres vivos, la relación que el hombre y las sociedades mantienen con el ambiente, los valores morales, las creencias, las formas de producción y consumo, costumbres, lenguas, entre otros; en definitiva, la cultura es el escenario desde el cual miramos y concebimos la salud, por eso afirmamos que la salud es un producto socialmente construido.

De acuerdo a Jaime Breilh, *“la determinación social de la salud es un proceso que implica comprender y analizar la salud desde una **visión compleja e integral**”*. Esto quiere decir que en la salud interactúan un conjunto de elementos que no son exclusivamente biomédicos.

Entonces, la salud debe analizarse desde varios niveles y dimensiones. Proponiendo los siguientes niveles:

- a) El nivel individual: Todo lo que acontece en la cotidianidad de las personas.
- b) El nivel de grupos sociales: Lo que sucede en la clase social o en el grupo socio económico del que las personas forman parte.
- c) El nivel sociedad: Ese grupo económico a su vez, forma parte de una sociedad que tiene una lógica en la manera como ésta se desarrolla y se condiciona.

Las dimensiones de la salud que Breihl propone son:

- La dimensión general, se refiere a la estructura socioeconómica, configuración política y cultural.
- La dimensión particular de los grupos, se refiere a los modos de vivir, trabajar, consumir, organizar soportes sociales y colectivos, entre otros.
- La dimensión individual de la familia, se refiere a que los individuos y las familias se desarrollan como parte de los grupos sociales, y esos a su vez se desarrollan como parte de una lógica general de la economía, de la política y de la cultura.

En la dimensión general la estructura socioeconómica es sumamente importante porque de ella deriva una forma de organizar la sociedad. Si la sociedad tiene una lógica de acumulación de riqueza, es decir si la reproducción social gira alrededor de esa lógica, los medios de producción son propiedad de una élite que acumula riqueza, estamos entonces ante un sistema social de exclusión.

Esa lógica social determina la dimensión particular de los grupos, pues tenemos que los diferentes grupos sociales existen negociando en relaciones de poder su vida, unos tienen unas opciones otros no; ese modo de vivir es un profundo condicionante de la Salud. Entiéndase por modo de vivir: cómo consumen, cómo trabajan, las relaciones ecológicas de calidad ambiental que disfruta o no disfruta cada grupo social, cómo se organizan los soportes sociales y colectivos y cómo se construye la identidad.

Además los individuos y las familias se desarrollan como parte de los grupos sociales, los que a su vez se desarrollan como parte de la lógica general de la economía, la política y la cultura, así tenemos la dimensión individual de las familias.

En el enfoque de la determinación social de la salud interactúan esas tres dimensiones y por eso se dice que la salud es las tres cosas, no es ni solamente lo que se expresa en individuos, ni solamente lo que sucede en los grupos sociales, ni solamente lo que sucede en la sociedad, sino que es lo que sucede en las tres dimensiones.

Actualmente hay dos enfoques sobre la salud a nivel mundial, uno que habla de determinantes sociales de la salud y otro de determinación social de la salud. La distinción que en este apartado desarrollaremos entre ambos enfoques de la salud nos permitirá identificar las razones por las cuales el MINSAL se decanta, inclina o le apuesta por adoptar o poner en práctica el enfoque de determinación social de la salud.

Con la puesta en marcha y profundización de la reforma de salud en El Salvador la filosofía de trabajo del MINSAL ha intentado pasar de manera gradual del enfoque de los determinantes sociales de la salud hacia la determinación social de la salud. Esta decisión política de adoptar una nueva concepción de abordar y entender el proceso salud - enfermedad ha sido resultado de la práctica social (praxis que ha permitido diferenciar una de otra), el enfrentamiento cotidiano del personal de salud con las inequidades locales en salud y de un amplio debate con conocedores del tema tanto al interior como al exterior del MINSAL, sobre esto último abonó de gran manera el desarrollo del XIII Congreso Latinoamericano de Medicina Social y Salud Colectiva a cargo de la Asociación Latinoamericana de Medicina Social (ALAMES), desarrollado en nuestro país en noviembre de 2014.

Cabe destacar que tanto las bases filosóficas de los determinantes sociales de la salud como de la determinación social de la salud derivan de la epidemiología social en torno a la comprensión social que se tiene de la salud: la primera resultado del saber epidemiológico

tradicional o clásico, base de la epidemiología social anglosajona y la segunda como producto del desarrollo de la medicina social y salud colectiva latinoamericana. La idea central que orienta el accionar de este último enfoque es que la salud-enfermedad debe entenderse como un proceso dialéctico y las especificidades sanitarias individuales y grupales deben ser analizadas en el contexto social que las determina.

Las diferencias entre los determinantes sociales de la salud y la determinación social de la salud no son sólo conceptuales, son también ético-políticas. Conllevan rutas y apuestas divergentes, explicaciones distintas sobre la causalidad y el riesgo en salud con implicaciones esenciales en las relaciones de poder, en la concepción de la ética y en la comprensión del proceso salud enfermedad .

Mientras los determinantes sociales de la salud están sustentados en el positivismo en salud, el causalismo y la teoría del riesgo, la determinación social de la salud – contrariamente- se centra en el materialismo histórico, las teorías del conflicto y las teorías críticas en ciencias sociales.

Cabe señalar que las dos vertientes de la epidemiología social reconocen la importancia del campo social de la salud en interacción con la biología, dan alta relevancia a la pobreza, condiciones de trabajo y enfermedad como elementos claves del proceso salud enfermedad y establecen que los procesos sociales macro condicionan los patrones de salud y enfermedad en lo micro.

El enfoque de determinación social de la salud muestra que hay preguntas para las que “aparentemente” no hay respuestas; sin embargo a través del proceso de análisis propuesto nos permite identificar soluciones viables, efectivas y con equidad. Hay una serie de elementos que es urgente evidenciar para comprender que la práctica comunitaria debe ser radicalmente diferente si queremos transformar la realidad y garantizar el derecho a la salud, debemos partir de un análisis intersectorial e intrasectorial que retome la organización y participación social y comunitaria: esa es la apuesta fundamental de la Reforma de Salud en El Salvador.

Enfermedad por virus del Ébola (EVE)

- Al 23 de septiembre de 2015, se han reportado 28,295 casos con 11,295 defunciones (letalidad 40%).
- Esta semana se reportaron 2 casos confirmados en Guinea.
- 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 23 de septiembre de 2015.

Países con brote de trasmisión muy activa	País	Definición de caso	Casos	Muertes	% Letalidad
	Guinea	Confirmados	3340	2079	
		Probables	453	453	
		Sospechosos	7	0	
		Total	3800	2532	67%
	Liberia*	Confirmados	3151		
		Probables	1879		
		Sospechosos	5636		
		Total	10666	4806	45%
		Confirmados	6	2	
		Probables	0		
		Sospechosos			
		Total	6	2	33%
	Sierra Leona	Confirmados	8704	3589	
		Probables	287	208	
		Sospechosos	4832	158	
		Total	13823	3955	29%
	Total		28295	11295	40%

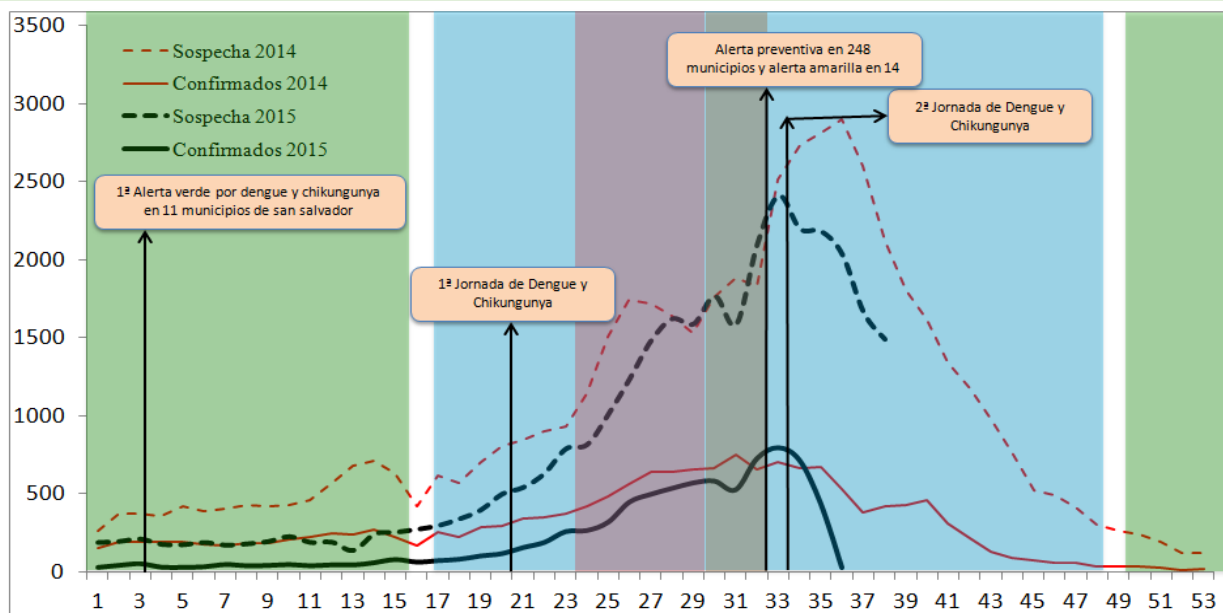
* Se considera que el brote actual no se relaciona con el brote de los otros países.

Fuente: OMS

No	Evento	Semanas		Acumulado	Acumulado	(%)	Tasa por
		<u>Epidemiológicas</u>				Diferencial	100000.0
		37	38			2014	2015
1	Infección Respiratoria Aguda	35457	30887	1814111	1568509	(-14)	24279
2	Dengue sospechosos	1662	1491	43090	31907	(-26)	494
3	Chikungunya	1260	889	-	44229	-	685
4	Diarrea y Gastroenteritis	3995	3385	268851	283309	(5)	4385
5	Parasitismo Intestinal	2629	2918	173694	160308	(-8)	2481
6	Conjuntivitis Bacteriana Aguda	1026	935	48835	49226	(1)	762
7	Neumonías	757	627	30985	34524	(11)	534
8	Hipertensión Arterial	381	390	17504	16376	(-6)	253
9	Mordido por animal trans. de rabia	362	307	17058	15116	(-11)	234
10	Diabetes Mellitus (PC)	216	209	10104	10714	(6)	166

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA DE DENGUE

Tendencia de casos sospechosos y confirmados, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-53 del 2014, SE1-38 de 2015



Sequía meteorológica
Canícula pronosticada

Época lluviosa
Época seca

Situación acumulada de Dengue, El Salvador SE1-38 de 2014-2015 y porcentaje de variación

	Año 2014	Año 2015	Diferencia	% de variación
Casos Sospechosos D+DG (SE 1-38)	43090	31907	-11183	-26%
Hospitalizaciones (SE 1-38)	3262	5962	2700	83%
Casos confirmados D+DG (SE 1-36)	13375	8029	-5346	-40%
Casos confirmados Dengue (SE 1-36)	13219	7762	-5457	-41%
Casos confirmados DG (SE 1-36)	156	267	111	71%
Fallecidos (SE 1-38)	5	2		

Tasa de letalidad: 0.02%

Hasta la SE36 del presente año (del 20 al 26 de septiembre), se han registrado 31,907 casos sospechosos de dengue, lo cual representa una reducción del 26% (11,183 casos menos) en relación al año 2014. Para el 2015 se han confirmado 8,029 casos, de los cuales 7,762 fueron casos con o sin signos de alarma y 267 fueron casos de dengue grave.

El Comité Nacional de Auditoría Médica sobre Mortalidad de origen Infeccioso con Potencial Epidémico ha confirmado:

- 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.
- Paciente masculino, 11 años de edad, proveniente de San Francisco Menéndez, Ahuachapán, falleció el 02/07/2015, en Hospital Nacional de Niños Benjamín Bloom, tras una estancia hospitalaria de apenas 22 horas. Consulta previa en primer nivel de donde fue referido a Hospital de Sonsonate, luego de este a HSJDD de Santa Ana y finalmente a HNNBB.

Pendientes 5 casos por auditar al momento.

Tasas de incidencia acumulada de dengue por grupos de edad, SE1 a SE36 del 2015

Grupo de edad	Casos	Tasa x 100.000
<1 año	434	387
1-4 años	1356	302
5-9 años	1988	344
10-14 años	1307	203
15-19 años	911	128
20-29 años	1097	89
30-39 años	435	52
40-49 años	248	36
50-59 años	139	27
>60 años	114	16
	8029	124

Hasta la SE36 (casos confirmados), los grupos de edad con mayor riesgo de padecer la enfermedad son < 1 año con una tasa de 387 por 100 mil habitantes, los de 5 a 9 años con una tasa de 344 y 1 a 4 años con 302. La tasa en <1 año representa 3 veces la del promedio nacional (124 por cada 100,000 hab).

Tasas de incidencia acumulada de dengue por departamento, SE1 a SE36 del 2015

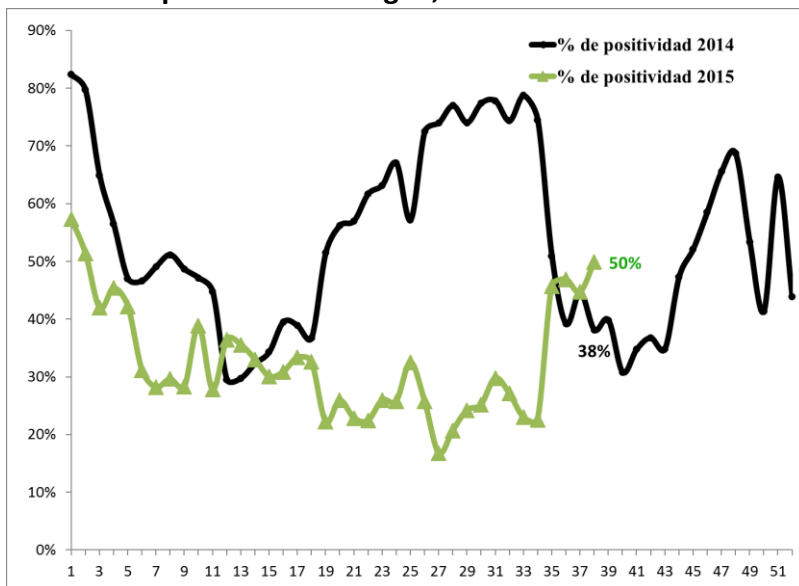
Departamento	Casos	Tasa x 100.000
La Union	674	256
San Miguel	1146	234
San Salvador	3167	180
Morazan	348	175
Cabañas	224	137
Usulután	445	121
San Vicente	195	108
Sonsonate	533	107
La Paz	263	74
La Libertad	513	65
Cuscatlán	152	59
Chalatenango	76	38
Ahuachapán	124	35
Santa Ana	158	27
Otros países	11	
	8018	124

Los departamentos con tasas arriba de la tasa nacional son: La Unión (256), San Miguel (234), San Salvador (180) Morazán (175) y Cabañas (137). Por otro lado los departamentos con las tasas más bajas a nivel nacional son Ahuachapán (35) y Santa Ana (27).

* Esta tasa excluye los extranjeros.

Muestras positivas para IgM, de casos sospechosos de dengue, SE38 – 2015

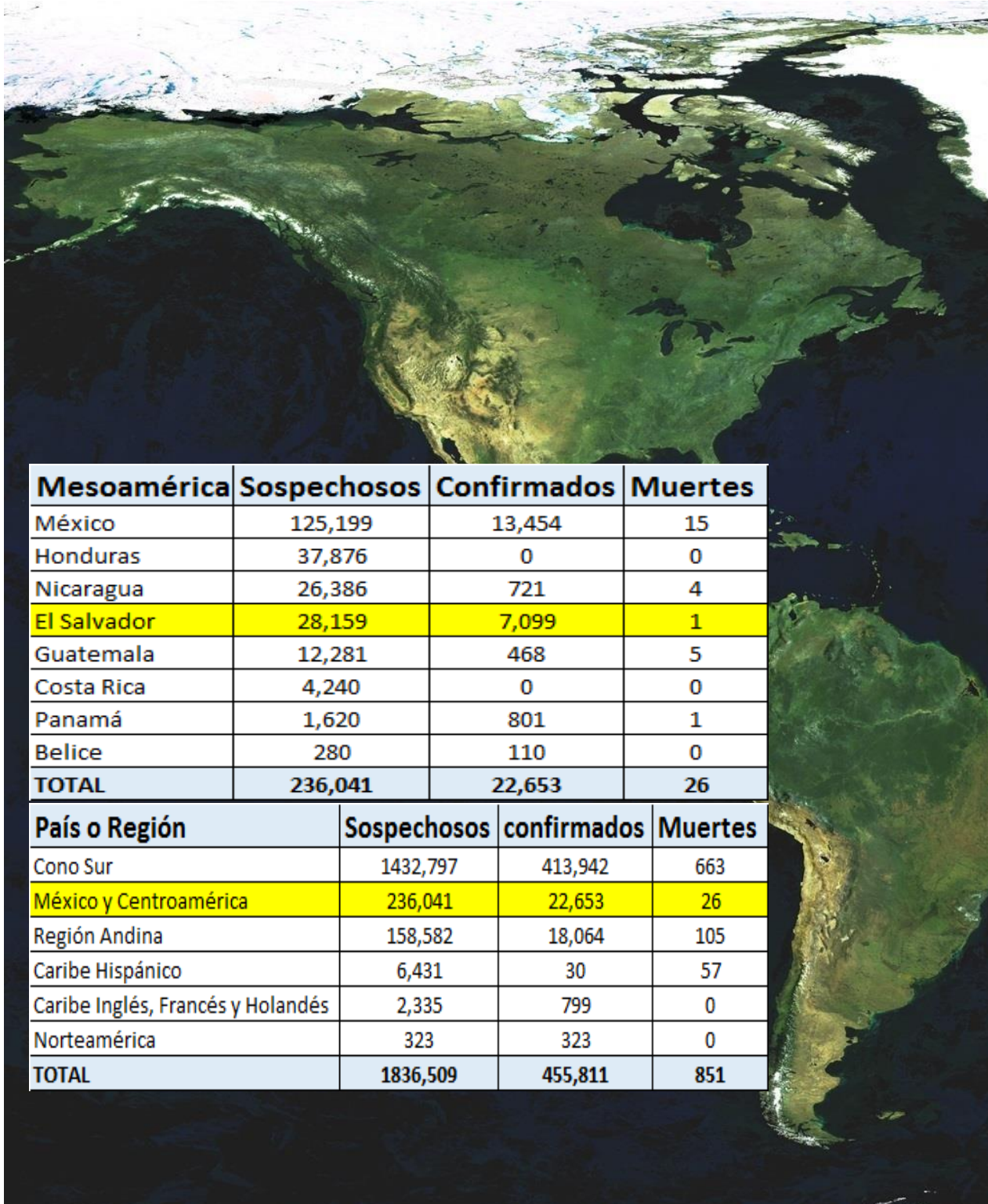
SIBASI	Total muestras	Muestras pos	% pos
Ahuachapán	3	2	67%
Santa Ana	8	3	38%
Sonsonate	32	19	59%
Total región occidental	43	24	56%
Chalatenango	2	2	100%
La Libertad	18	8	44%
Total región central	20	10	50%
Centro	68	32	47%
Sur	24	15	63%
Norte	18	10	56%
Oriente	44	16	36%
Total región metropolitana	154	73	47%
Cuscatlán	16	10	63%
La Paz	9	4	44%
Cabañas	0	0	0%
San Vicente	3	2	67%
Total región paracentral	28	16	57%
Usulután	15	8	53%
San Miguel	7	1	14%
Morazan	3	2	67%
La Unión	65	33	51%
Total región oriental	90	44	49%
Total País	335	167	50%



Las regiones de salud que presentan porcentajes de positividad de muestras de laboratorio más alta corresponde a región Paracentral (57%) y Occidental (56%).

Los SIBASI con mayor positividad son: Morazán y Ahuachapán con 67%. Sur y Cuscatlán con 65%.

CASOS DE DENGUE Y DENGUE SEVERO REPORTADO EN LAS AMÉRICAS, POR PAÍS, ACTUALIZADO HASTA LA SE 36 – 2015



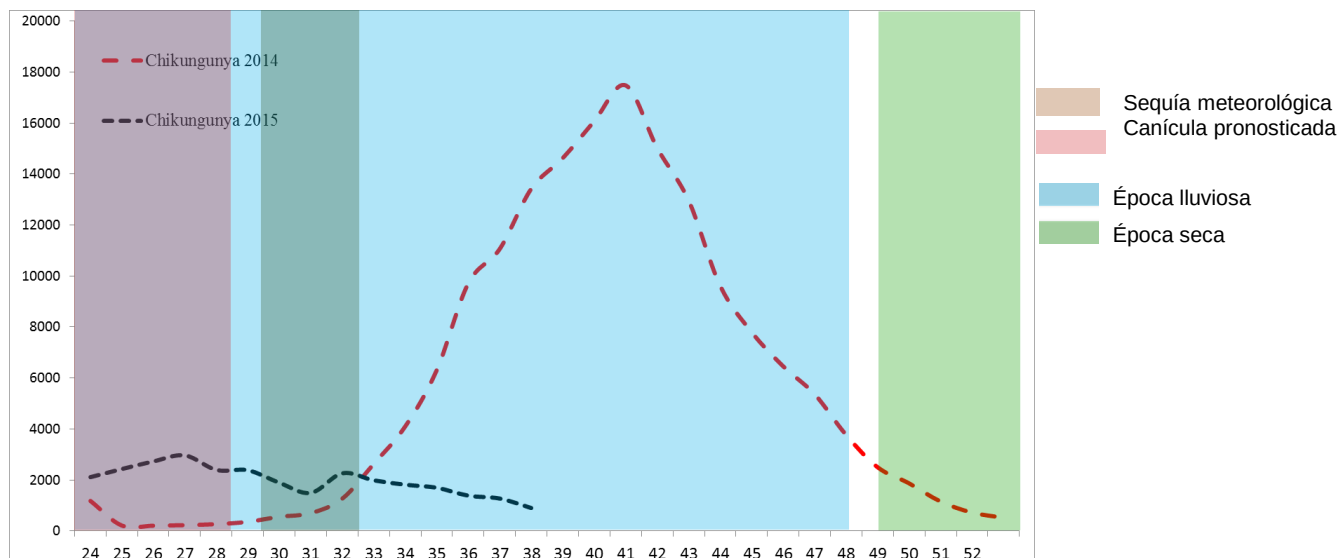
Mesoamérica	Sospechosos	Confirmados	Muertes
México	125,199	13,454	15
Honduras	37,876	0	0
Nicaragua	26,386	721	4
El Salvador	28,159	7,099	1
Guatemala	12,281	468	5
Costa Rica	4,240	0	0
Panamá	1,620	801	1
Belice	280	110	0
TOTAL	236,041	22,653	26

País o Región	Sospechosos	confirmados	Muertes
Cono Sur	1432,797	413,942	663
México y Centroamérica	236,041	22,653	26
Región Andina	158,582	18,064	105
Caribe Hispánico	6,431	30	57
Caribe Inglés, Francés y Holandés	2,335	799	0
Norteamérica	323	323	0
TOTAL	1836,509	455,811	851

Fuente: PAHO EW 36

Numero de casos reportados de Chikungunya en países o territorios de las Américas 2015.				
Casos acumulados al 25 de Septiembre de 2015				
País/Territorio	Casos de transmisión autóctona		Casos importados	Fallecidos
	Sospechoso	Confirmado		
América del Norte				
Bermuda			3	
Canada			312	
Mexico		7.007	18	
Estados Unidos de América			467	
Subtotal	0	7,007	800	0
Istmo Centroamericano				
Belice				
Costa Rica		142		
El Salvador	39,704	17		0
Guatemala	7,342	522		1
Honduras	71,835	5		0
Nicaragua	43,245	3,667		1
Panama	123	17	15	
Subtotal	162,249	4,370	15	2
Caribe Latino				
Cuba				
República Dominicana	67			
Guyana Francesa	6,560	1,756		2
Guadalupa	150			
Haiti				
Martinica	320			
Puerto Rico	1,240	146		1
San Bartolomé	317			
San Martin (Francia)	600			
Subtotal	9,254	1,902	0	3
Área Andina				
Subtotal	376,108	6,569	174	57
Cono Sur				
Subtotal	11,427	992	48	0
Caribe No-Latino				
Subtotal	6,315	882	1	0
TOTAL	565,353	21,722	1,038	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, SE24-38 de 2015



Situación semanal de chikungunya, El Salvador SE 38 de 2014-2015

	Semana 38		Diferencia	% de variación
	Año 2014	Año 2015		
Casos Chikungunya (SE 1-38)	13432	889	-12543	-93%
Hospitalizaciones (SE 1-38)	341	34	-307	-90%
Fallecidos (SE 1-38)	0	0	0	0%

Casos sospechosos de CHIKV por departamento SE01-38 de 2015

Departamentos	Total general	Tasa x 100,000
Chalatenango	4628	2297
Santa Ana	12273	2114
Cabañas	3045	1861
Ahuachapán	4403	1239
Cuscatlán	2713	1044
San Vicente	885	491
La Libertad	3807	485
Morazán	749	376
Sonsonate	2139	430
Usulután	1350	367
San Salvador	5748	326
San Miguel	1297	265
La Paz	933	264
La Unión	194	74
Guatemala	44	
Honduras	16	
Nicaragua	1	
Costa Rica	1	
Otros países	3	
Total general	44,229	685

Casos sospechosos de CHIKV por grupo de edad SE01- 38 de 2015

Grupos de edad	Total de casos	Tasa x 100,000
<1 año	1689	1506
1-4 años	2705	602
5-9 años	2997	518
10-19 años	6881	508
20-29 años	10633	865
30-39 años	8237	979
40-49 años	5808	837
50-59 años	3094	611
>60 años	2185	315
Total general	44229	685

Casos sospechosos y confirmados de Chik, según fecha de inicio de síntomas, semana epidemiológica SE 1-38 de 2015

	Año 2015
Casos Sospechosos (SE 1-38)	44,229
Hospitalizaciones (SE 38)	34
Casos confirmados (SE 1-36)	17
Fallecidos (SE 1-38)	0

Hospitalizaciones por sospecha de Chik, El Salvador SE 38 de 2015

Establecimiento	Ingresos
Hospital San Juan de Dios Santa Ana	5
Hospital San Francisco Menéndez AH	4
Hospital Nueva Guadalupe	3
Hospital Chalatenango "Dr.Luis E.Vásquez	1
Hospital Chalchuapa	5
Hospital Cojutepeque "Ntra.Sra.de Fátima"	1
Hospital Sonsonate SO "Dr. Jorge Mazzini	7
Hospital Zacatecoluca "Santa Teresa"	1
Hospital Nacional San Salvador SS de la Mujer	3
Hospital San Miguel "San Juan de Dios"	2
Hospital Suchitoto	1
Hospital Regional Santa Ana ISSS	1
Total general	34

Índices larvarios SE 38 – 2015, El Salvador

Departamento	IC
San Salvador	26
Usulután	16
La Unión	13
San Miguel	12
Chalatenango	12
La Paz	11
Ahuachapán	11
Cuscatlán	10
San Vicente	9
Cabañas	9
Santa Ana	8
Morazán	8
Sonsonate	8
La Libertad	8
Nacional	11

Índice de deposito	%
Útiles	78
Inservibles	17
Naturales	1
Llantas	4

Actividades regulares de eliminación y control del vector SE 38-2015

- 64,780 viviendas visitadas, inspeccionando 59,432 (92%), realizando destrucción, eliminación de criaderos.
- En 32,837 viviendas se utilizó larvicida granulado al 1%; además 39,634 aplicaciones de fumigación.

Actividades de promoción y educación para la salud:

- 11,708 charlas impartidas.
- 4,022 material educativo distribuido (panfletos, hojas volantes, afiches entre otros)

Recurso humano participante 2,535

- 77% Ministerio de Salud.
- 12% personal de diferentes instituciones de gobierno.
- 5% Ministerio de Educación.
- 5% personal de las alcaldías municipales.
- Con la ejecución de estas actividades se benefició alrededor de 367,915 habitantes.

INFECCION RESPIRATORIA AGUDA, EL SALVADOR SE 38 -2015

- El promedio semanal de infecciones respiratorias agudas es de 112,036 casos.
- Durante la semana 38 se notificó 30,887 casos, -13% (-4,570 casos) menos que lo reportado en la semana 37 (35,457 casos).
- Comparando los casos de la semana 38 del año 2015 se ha notificado un total acumulado de 1,568,509 casos de IRA, que en relación con los datos del mismo período del año 2014 (1,814,111 casos) significan una disminución del -14% (-245,602 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 34,045 casos en Cabañas a 530,412 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se encuentran en San Salvador 530,412, La Libertad 173,750 y Sonsonate 116,570.

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	117195	78137	40587	12183	17402	14070

NEUMONIAS, EL SALVADOR, SE 38-2015

- El promedio semanal de neumonías es de 2,466 casos.
- Durante la semana 38 se ha reportado un total de 627 casos, lo que corresponde a una disminución del -17% (-130 casos) respecto a los notificados en la semana 37 (757 casos).
- Comparando el número de casos acumulados a la semana 38 del año 2015 (34,524 casos) con el mismo período del año 2014 (30,985 casos) se observa un incremento de un 11% (3,539 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 954 casos en Cabañas y 8,277 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se observan en San Salvador 8,277, San Miguel 4,401 y Santa Ana 3,076 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 38			
Año	Egresos	Fallecidos	Letalidad (%)
2015	12,811	509	3.97
2014	9,633	438	4.55

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 29 de septiembre 2015, 10:00 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	9535	2826	361	63	70	522

VIGILANCIA CENTINELA DE INFLUENZA Y OTROS VIRUS RESPIRATORIOS
EL SALVADOR, SE 38-2015

Tabla 1.- Resumen de resultados de Vigilancia Laboratorial para virus de influenza y otros virus respiratorios, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 38, 2014 – 2015

Resultados de Laboratorio	2014	2015	SE 38-2015
	Acumulado SE 1 – 38		
Total de muestras respiratorias analizadas	1,362	1,345	38
Muestras positivas a virus respiratorios	201	372	14
Total de virus de influenza (A y B)	72	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	61	2	0
Total de otros virus respiratorios identificados	133	322	15
Parainfluenza	35	45	1
Virus Sincital Respiratorio (VSR)	31	257	14
Adenovirus	67	20	0
Positividad acumulada para virus respiratorios	15%	28%	37%
Positividad acumulada específica para Influenza	5%	4%	0%
Positividad acumulada específica para VSR	2%	19%	37%

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.

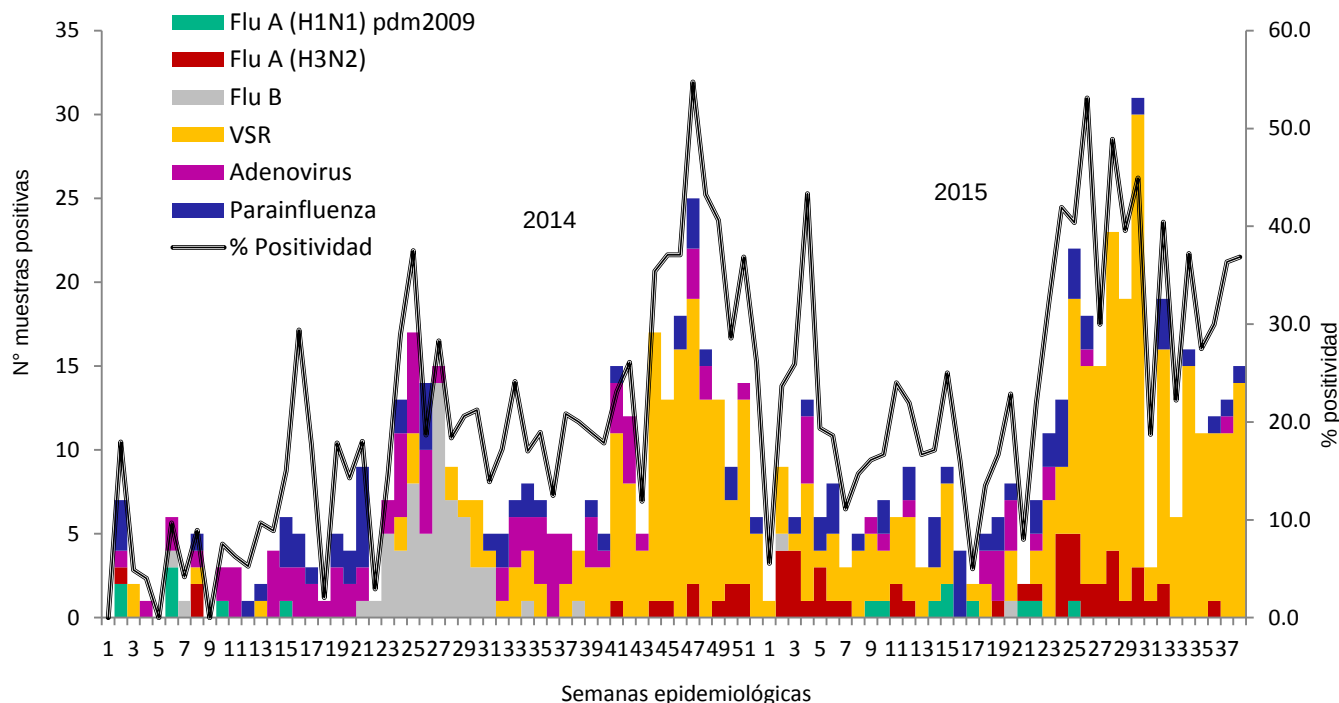
En **Sub-región Andina**: la actividad de virus respiratorios continúa dentro niveles esperados.

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.

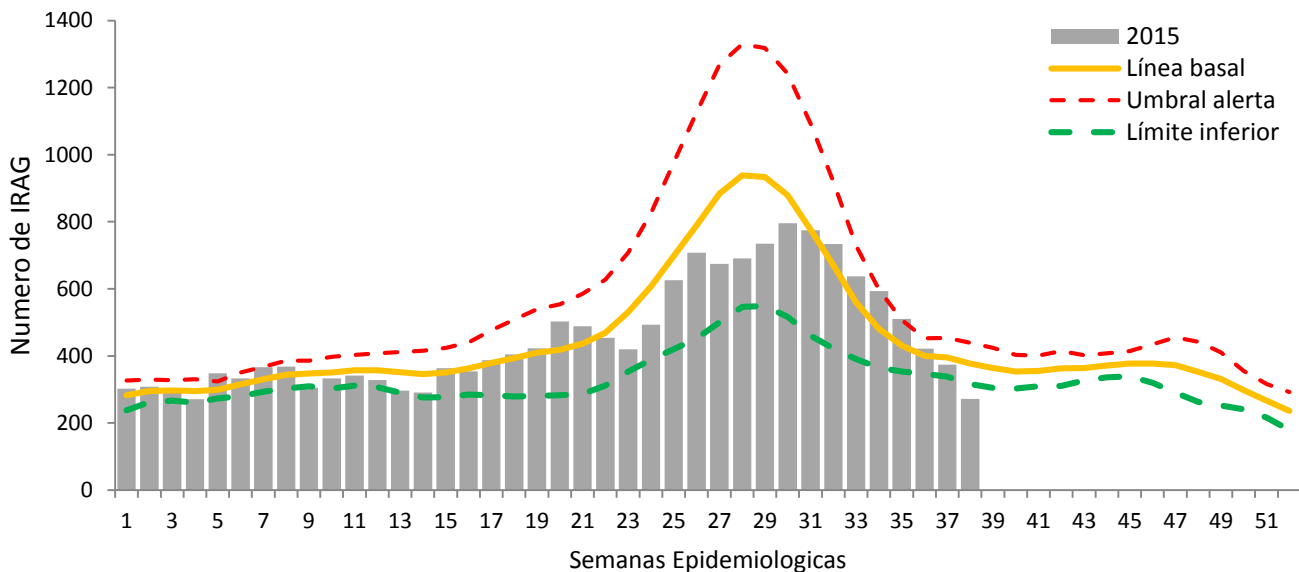
Nivel Global: la actividad de influenza continúa en el hemisferio sur, con un incremento reportado en Oceanía y con disminución de la actividad en Sudáfrica.

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**

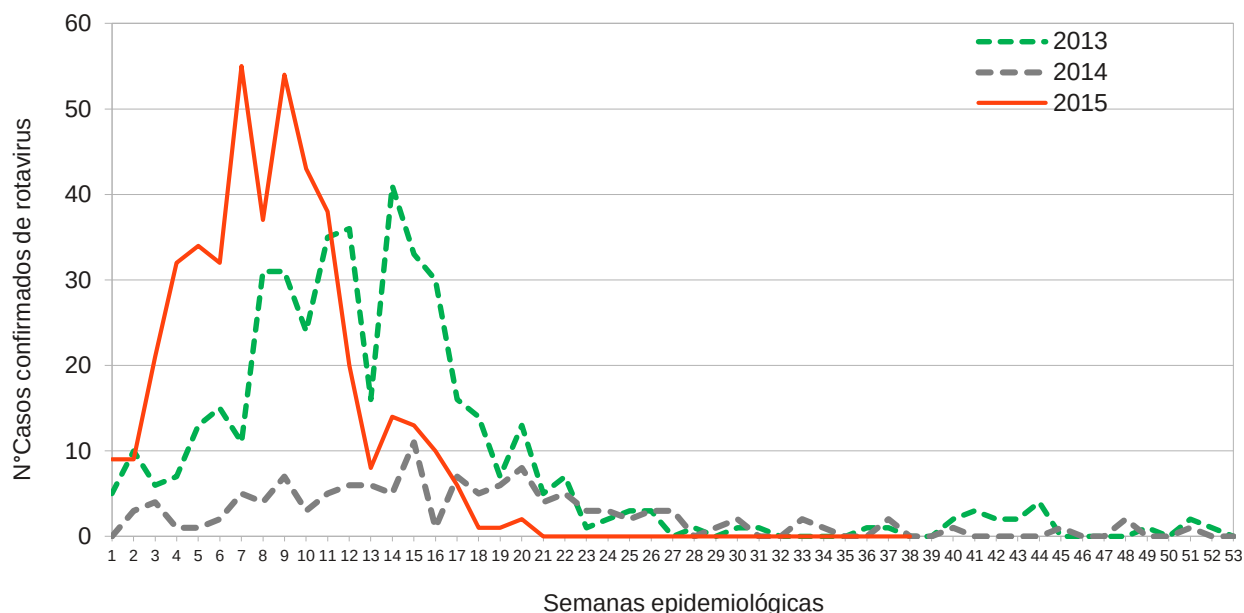


**Gráfico 2.- Corredor endémico de casos de infección respiratoria aguda grave (IRAG)
egresados por semana, Ministerio de Salud, El Salvador, Semana 38 – 2015**



VIGILANCIA CENTINELA DE ROTAVIRUS, EL SALVADOR, SE 38 – 2015

Gráfico 1.- Casos confirmados de Rotavirus a través de la Vigilancia Centinela, Ministerio de Salud, El Salvador, semana 38, 2013 – 2015



Durante el año 2015, en el período de las semanas epidemiológicas 1 – 38 se ha notificado un total de 1,580 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 1,292 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 38.

ENFERMEDAD DIARREICA AGUDA, EL SALVADOR, SE 38- 2015

- El promedio semanal de enfermedad diarreica aguda es de 20,236 casos.
- Durante la semana 38 se notificó un total de 3,385 casos, que significa una disminución del -15% (-566 casos) respecto a lo reportado en la semana 37 (3,995 casos).
- Comparando casos acumulados de enfermedad diarreica aguda a la semana 38 del año 2015 (283,309 casos) con el mismo período del año 2014 (268,851 casos), se evidencia un incremento del 5% (14,458 casos).
- Los casos acumulados por departamento oscilan entre 5,969 casos en Cabañas y 113,343 casos en San Salvador. La mayor cantidad de casos se evidencian en San Salvador 113,343, La Libertad 36,354 y Santa Ana 20,239 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 38			
Año	Egresos	Fallecidos	% de Letalidad
2015	11,715	54	0.46
2014	9,880	59	0.60

Fuente: SIMMOW: datos preliminares (al 29 de septiembre 2015, 10:00 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	25916	16673	4074	1490	3428	2736

Muerte materna auditada, de establecimientos del Ministerio de Salud, ISSS, Sector Privado y Comunitaria, 01 de enero al 28 de septiembre 2015.

Del 01 de enero al 28 de septiembre de 2015, de las muertes maternas notificadas se auditaron 51, de las cuales el 52.94% (27) fueron clasificadas como de causa directa, 23.53% (12) indirectas y 23.53% (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, 23.07% (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	48	51
Causa Directa	24	27
Causa Indirecta	16	12
Causa no relacionada	8	12

Mortalidad Infantil ocurrida en la Red de hospitales del Ministerio de Salud, 01 de enero al 28 de septiembre 2014-2015.

Del 1 de enero al 28 de septiembre de 2015, se notifican 934 muertes menores de 5 años, 76 muertes más comparado con el mismo período del 2014 (858 muertes).

Hasta el 28 de septiembre del presente año, las muertes menores de 1 año representan el 85% (796/934), de las menores de 5 años.

De las muertes menores de 1 año (796), el 63% (499) ocurrieron en el período neonatal, de éstas, el 76% (377) corresponden al neonatal temprano.

Del total de muertes en el menor de 1 año, el 78% (623) se concentra en 8 de los 14 departamentos: San Salvador (156), San Miguel (97), Santa Ana (81), Sonsonate (71), La Libertad (68), Ahuachapán (63), Usulután (47) y La Unión (40).

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