

Semana Epidemiológica 2017
Departamento de Vigilancia Epidemiológica
Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social

Semana Epidemiológica: 26 del 25 de junio al 01 de julio de 2017
País: Guatemala
Unidades notificadoras que informaron: 88.6% = (1591/1795)
Áreas de salud que no notificaron: Guatemala Central, Guatemala Sur y Alta Verapaz.
Fecha: 11/07/2017

Participantes	Cargo
Dra. Judith García	Jefa Departamento de Epidemiología
Dr. Manuel Sagastume	Coordinador a. i. Vigilancia Epidemiológica
Dr. MV Rafael Ciraiz	Epidemiólogo responsable del análisis
Epidemiólogos	Equipo de Vigilancia Epidemiológica
Dr. Juan Fernando Guzmán	Evento de la semana (Mortalidad Materna)

Datos preliminares sujetos a cambios por actualización de información en Áreas de Salud

Cuadro 1

**Resumen de eventos priorizados de vigilancia epidemiológica
a la semana epidemiológica 26, Guatemala, 2017**

Evento	Área	Casos	Tasa*	Municipio	Casos	Tasa*
Dengue Tasa País 2016: 24.34 Tasa País 2017: 8.49 Decremento de casos acumulados 64.34% (4030/1437)	Zacapa	119	48.60	Cabañas	59	507.2
	Santa Rosa	125	32.00	Pueblo Nuevo Viñas	30	108.7
	Sacatepéquez	99	27.77	Antigua Guatemala	98	210.6
Zika Tasa País 2016: 11.86 Tasa País 2017: 1.67 Decremento de casos acumulados 85.64% (1964/282)	Guatemala Central	132	13.27	Guatemala*	132	13.3
	Chiquimula	24	5.64	San Juan La Ermita	4	27.7
	Santa Rosa	21	5.38	Barberena	15	29.7

*Hospital Roosevelt = 61 casos

*Hospital San Juan de Dios = 43 casos

Dengue, situación epidemiológica a la semana 26 Guatemala, 2016-2017

Cuadro 2

**Dengue, casos y tasas acumulados por área de salud
Guatemala 2016-2017 (semana epidemiológica 1-26)**

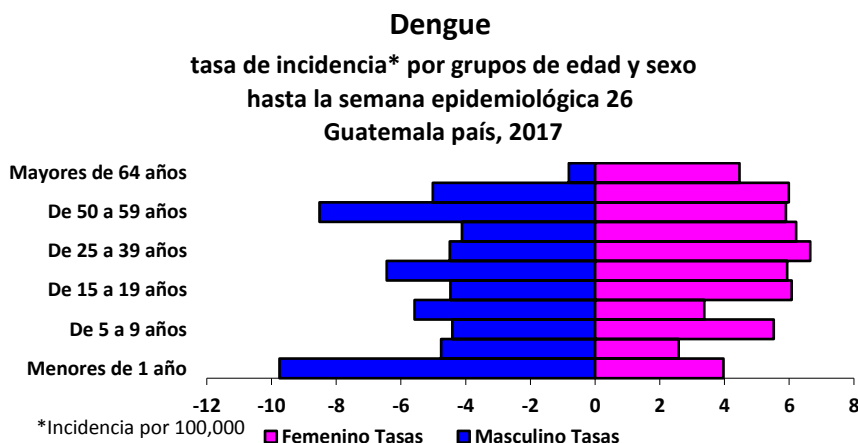
Área de salud	2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Zacapa	42	17,45	119	48,60
Santa Rosa	512	133,79	125	32,00
Sacatepéquez	401	114,61	99	27,77
Guatemala Central	539	54,21	212	21,31
Escuintla	351	45,20	140	17,69
Izabal	103	22,06	68	14,22
San Marcos	202	17,61	141	12,02
Chiquimula	84	20,20	49	11,51
Quetzaltenango	240	27,19	88	9,76
Baja Verapaz	64	20,84	28	8,89
Petén Sur Oriental	68	26,84	20	7,68
Petén Norte	44	18,59	17	6,95
Jutiapa	56	11,61	31	6,29
Jalapa	39	10,67	21	5,59
Alta Verapaz	110	8,50	71	5,33
El Quiché	51	6,24	44	5,22
El Progreso	22	12,77	9	5,13
Ixcán	15	13,09	6	5,05
Guatemala Nor Occidente	393	47,22	38	4,52
Guatemala Sur	345	32,77	28	2,60
Petén Sur Occidental	25	9,25	7	2,50
Huehuetenango	136	10,46	30	2,25
Chimaltenango	17	2,41	14	1,93
Sololá	37	7,32	9	1,73
Retalhuleu	58	17,05	6	1,73
Suchitepéquez	49	8,42	10	1,68
Guatemala Nor Oriente	27	5,18	7	1,31
Total	4030	24,34	1437	8,49

Tasa por 100.000 hab.
Fuente: SIGSA

De los casos acumulados de dengue reportados por las áreas de salud a la semana epidemiológica veintiséis del año 2017, se identifica decremento de 64.3% (4030/1437) respecto al mismo período del año anterior, así mismo, se observa decremento de 88.3% (291/34) en los casos reportados en la semana epidemiológica 26 con relación al mismo período 2016-2017; diez áreas de salud se encuentran por arriba de la media nacional y 14 registran el 80% del total de casos del país (cuadro 2). Se registra nueve casos de dengue grave a nivel nacional, Jalapa (2), Escuintla (2), San Marcos (2), Izabal (1), Quetzaltenango (1) y Santa Rosa (1) y no se reportan defunciones por este evento hasta la semana veintiséis del presente año.

De acuerdo a información del Laboratorio Nacional de Salud, hasta la semana epidemiológica 26-2017, dos de los cuatro serotipos de dengue están circulando en el país, D1 (5) y D2 (32).

Figura 1

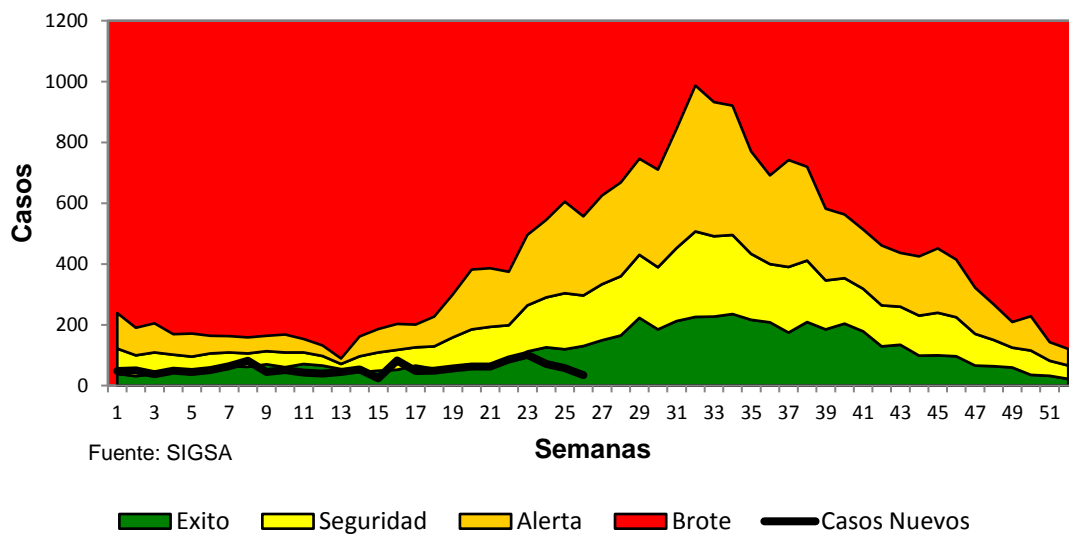


Todos los grupos de edad se encuentran en riesgo (figura 1); sin embargo los hombres de 50-59 años y los menores de un año registran las mayores tasas, concentrando así mismo el 14% de los casos. Se reporta 4% más casos en mujeres con relación a los hombres (748/689).

Figura 2

Dengue, corredor endémico semanal Guatemala país 2017

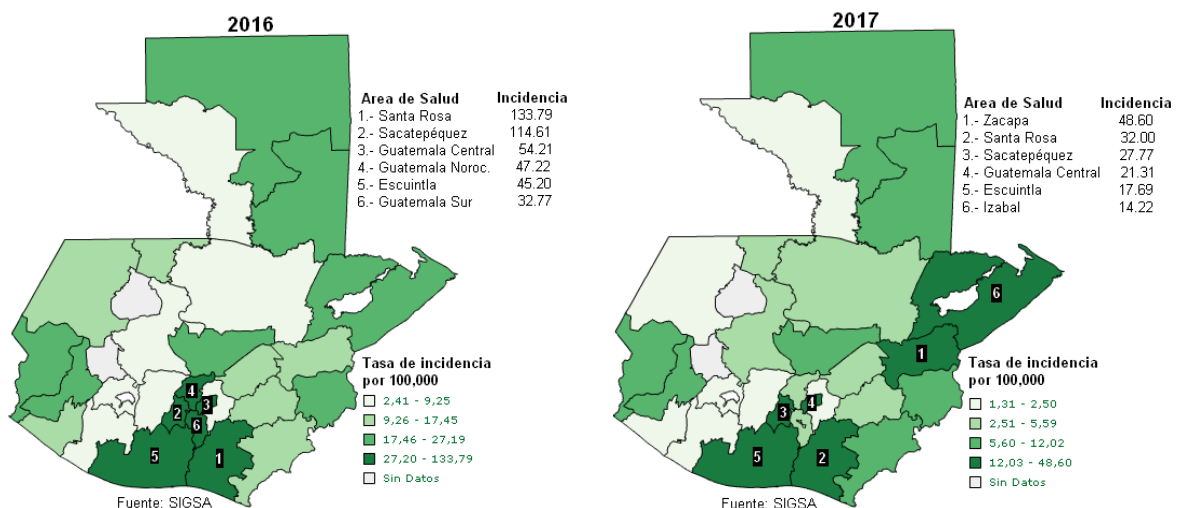
Históricos de 7 años: 2009 a 2016 (excluyendo 2014)



El corredor endémico semanal (figura 2) muestra que a la semana 26 la tendencia de los casos de dengue ha sido permanecer en zona de éxito, con tendencia al descenso, a excepción de las semanas ocho y dieciséis que se situó en zona de seguridad.

Figura 3

Dengue, tasa de incidencia acumulada por área de salud hasta la semana epidemiológica 26 Guatemala, 2016-2017



La distribución geográfica del dengue durante este periodo epidemiológico, muestra que en 2016 seis áreas de salud se encuentran en el cuarto cuartil (mayor riesgo) con tasas entre 133.79 a 32.77; al igual que en 2017 seis áreas de salud se ubican en el cuarto cuartil, con tasas entre 48.60 a 14.22 por 100,000 habitantes; permaneciendo en alto riesgo para ambos años analizados, Santa Rosa, Sacatepéquez, Guatemala Central y Escuintla (figura 3).

Zika, situación epidemiológica a la semana 26 Guatemala, 2016-2017

Cuadro 3

**Zika, casos y tasas acumulados por área de salud
Guatemala, 2016-2017 (semana epidemiológica 1-26)**

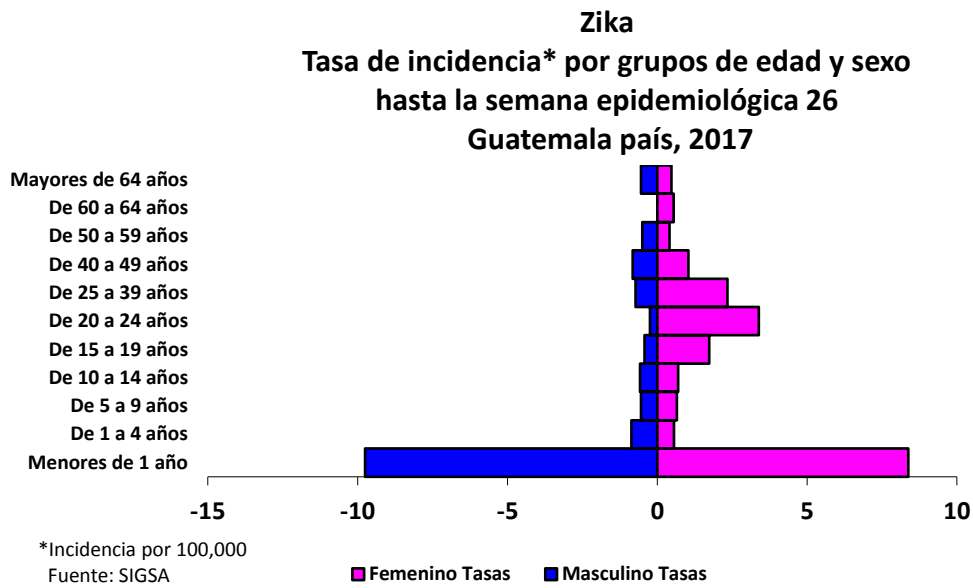
Área de Salud	2016		2017	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas
Guatemala Central	114	11,46	132	13,27
Chiquimula	194	46,65	24	5,64
Santa Rosa	392	102,44	21	5,38
Escuintla	75	9,66	30	3,79
Jutiapa	84	17,42	11	2,23
Quetzaltenango	263	29,80	17	1,89
El Quiché	5	0,61	11	1,30
Petén Norte	13	5,49	3	1,23
Guatemala Sur	41	3,89	10	0,93
Izabal	43	9,21	4	0,84
Jalapa	55	15,05	3	0,80
Petén Sur Oriental	64	25,26	2	0,77
Petén Sur Occidental	12	4,44	2	0,71
Baja Verapaz	7	2,28	2	0,63
Suchitepéquez	74	12,71	3	0,50
Zacapa	246	102,22	1	0,41
Retalhuleu	58	17,05	1	0,29
Guatemala Nor Occidente	55	6,61	2	0,24
Alta Verapaz	9	0,70	2	0,15
Huehuetenango	8	0,62	1	0,08
Guatemala Nor Oriente	27	5,18	0	0
El Progreso	50	29,03	0	0
Sacatepéquez	4	1,14	0	0
Sololá	4	0,79	0	0
San Marcos	57	4,97	0	0
Ixcán	10	8,73	0	0
Total	1964	11,86	282	1,67

Tasa por 100,000 hab
Fuente: SIGSA

Seis áreas de salud se localizan por arriba de la media nacional y en esas mismas seis áreas se acumula el 80% (226/282) del total de casos del país (cuadro 3).

Los casos acumulados de Zika (1964) hasta la semana veintiséis del año 2016, representan un decremento de 85.6% comparado con el mismo periodo epidemiológico de 2017 (282).

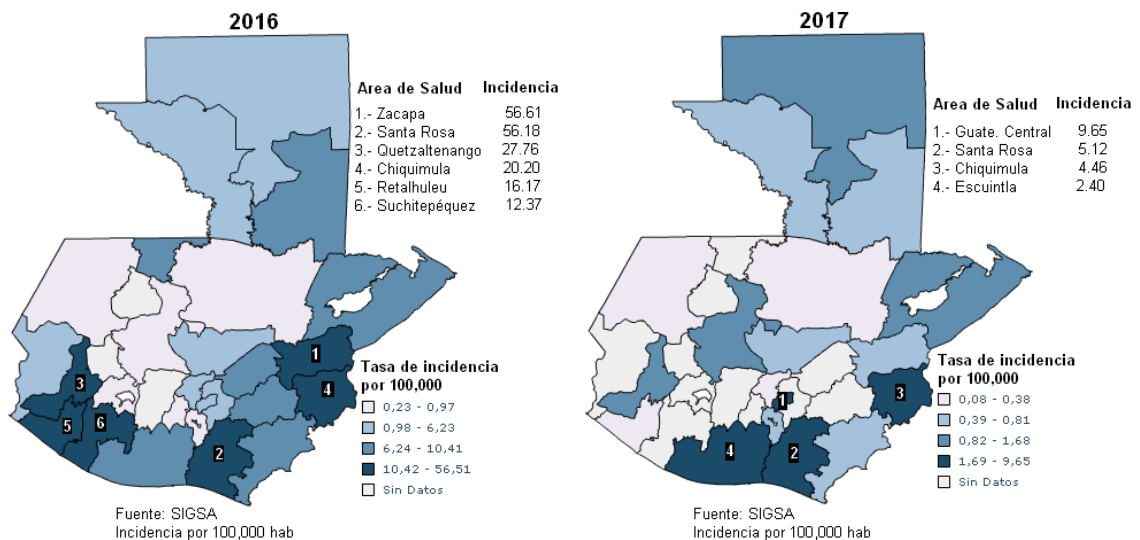
Figura 4



Todos los grupos de edad se encuentran en riesgo (figura 4); sin embargo los menores de un año y dentro de estos los de sexo masculino son los que concentran el 34% (70/138) de los casos. Se reporta 30% más casos en mujeres con relación a los hombres (184/98). No hay registro de defunciones para esta semana.

Figura 5

Zika, tasa de incidencia acumulada por área de salud
hasta la semana epidemiológica 26
Guatemala, 2016-2017



La distribución geográfica de Zika para el 2016 (cuadro 3 y figura 5) muestra que las áreas de salud de Zacapa, Santa Rosa, Quetzaltenango, Chiquimula, Retalhuleu y Suchitepéquez son las que presentan el mayor riesgo, con tasas entre 56.61 y 12.37 hasta la semana dieciocho y para el año 2017 a la misma semana epidemiológica, las

áreas de salud de Guatemala Central, Santa Rosa Chiquimula y Escuintla son las de mayor riesgo con tasas entre 9.65 y 2.40 por cien mil habitantes; permaneciendo en alto riesgo para ambos años analizados, las áreas de salud de Santa Rosa y Chiquimula.

Conclusiones:

- El Dengue sigue siendo el evento transmitido por vector que presenta mayor incidencia a nivel nacional
- A la semana 18-2017 se reporta cuatro casos de dengue grave, un caso en cada una de las siguientes áreas de salud: Izabal, Totonicapán, Quetzaltenango y San Marcos.
- El 80% de los casos de dengue son producidos por 13 áreas de salud
- La tendencia de los casos de Chikungunya es a la disminución
- La tendencia de casos de Zika es hacia el incremento
- Para Dengue el sexo masculino es el más afectado y el grupo de edad de 60-64 años
- Para Zika y Chikungunya el sexo femenino es el más afectado y el grupo de edad de 20-49 años
- A nivel nacional se confirma que circulan dos de los serotipos de Dengue, D1 y D2.

Recomendaciones:

- Fortalecer las acciones de la gestión integrada contra el vector transmisor del Dengue, Chikungunya y Zika
 - Implementación del plan de abordaje integrado
 - Acompañamiento a las áreas de salud, con énfasis en la comunicación de riesgo relacionadas a las infecciones por Zika en embarazadas.

Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social
Departamento de Epidemiología
Dr. Juan Fernando Guzmán Coronado
Análisis de Situación: Mortalidad Materna, Guatemala, Julio
2017



Introducción:

La evolución de la Mortalidad Materna en Guatemala muestra una tendencia al descenso constante, disminuyendo del año 1989 al año 2015 un 51%

Para los años 2014 y 2015 la razón de MM fue de 108 x 100,000 nacidos vivos. Aunque, la mortalidad ha presentado un descenso global a nivel nacional, su distribución territorial ha tenido pocas variaciones; persistiendo departamentos con razones de mortalidad materna por encima del promedio nacional, por ejemplo Huehuetenango, Alta Verapaz.

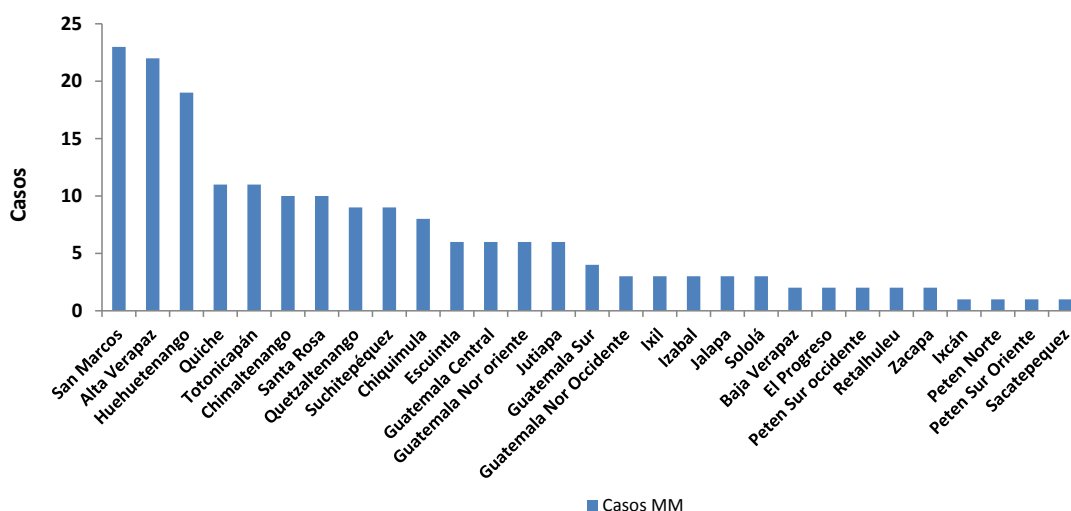
La vigilancia epidemiológica de las muertes maternas en Guatemala, continúa siendo una prioridad asignada por las autoridades de salud y permite contar con información oportuna, pertinente y de calidad para facilitar la toma de decisiones. Actualmente la vigilancia de la embarazada y de las muertes en mujeres en edad fértil para la detección de la muerte materna ha tenido grandes adelantos, hoy por hoy tenemos al día las muertes maternas en el año 2017 que incluye el período del primero de enero al 31 de mayo de 2017. Por ser una vigilancia muy especializada, la Mesa Técnica de Análisis de muerte materna se reúne los viernes de cada semana para certificarlas. Esto se debe en parte al esfuerzo que han realizado las DAS cumpliendo con el protocolo. Se presentan los datos de las MM ya certificadas para el 10 de junio 2017.

Tabla 1
Muerte Materna
Distribución de casos por área de salud hasta SE 26.
Guatemala, enero-julio 2017

Área de Salud	Casos MM
San Marcos	23
Alta Verapaz	22
Huehuetenango	19
Quiché	11
Totonicapán	11
Chimaltenango	10
Santa Rosa	10
Quetzaltenango	9
Suchitepéquez	9
Chiquimula	8
Escuintla	6
Guatemala Central	6
Guatemala Nor oriente	6
Jutiapa	6
Guatemala Sur	4
Guatemala Nor Occidente	3
Ixil	3
Izabal	3
Jalapa	3
Sololá	3
Baja Verapaz	2
El Progreso	2
Peten Sur occidente	2
Retalhuleu	2
Zacapa	2
Ixcán	1
Peten Norte	1
Peten Sur Oriente	1
Sacatepequez	1
TOTAL	189

Fuente: bases de datos de las DAS

Gráfico 1
Muerte Materna
Casos por área de salud, hasta semana epidemiológica 26.
Guatemala, país enero a julio 2017.

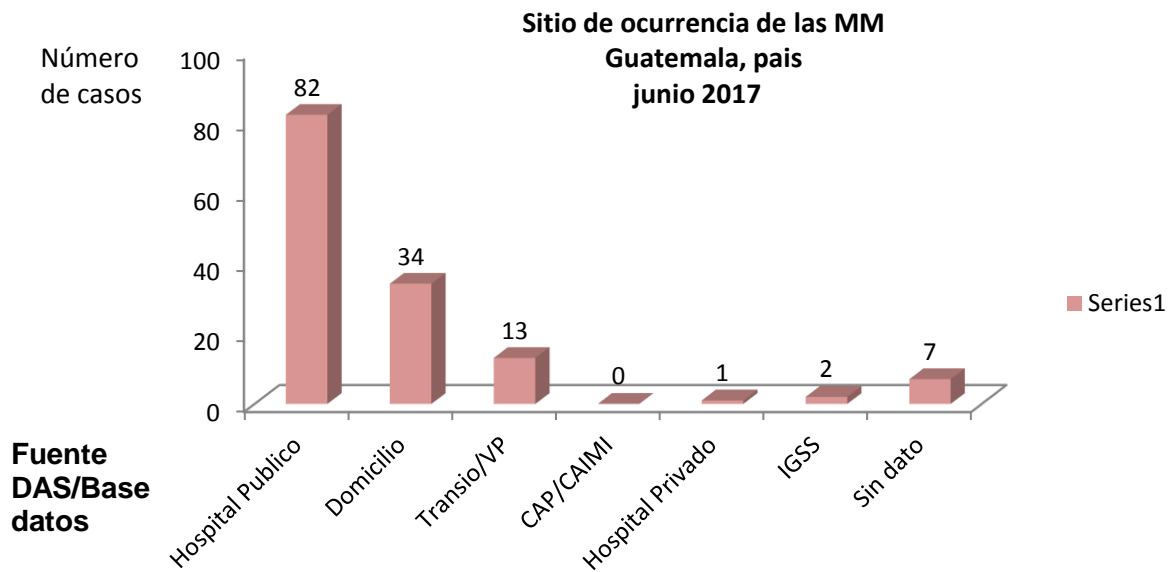


Fuente: bases de datos de las DAS

En la tabla 1 se observa 10 áreas de salud con 8 y más casos de Muertes Maternas en período del 1 de enero al 31 de mayo de 2017, las áreas de salud de San Marcos, Alta Verapaz y Huehuetenango son las que tienen la mayor incidencia de MM. En el gráfico 1 se observa que las muertes maternas según pueblo el indígena tiene mas del sobre que los ladinos y mestizos.

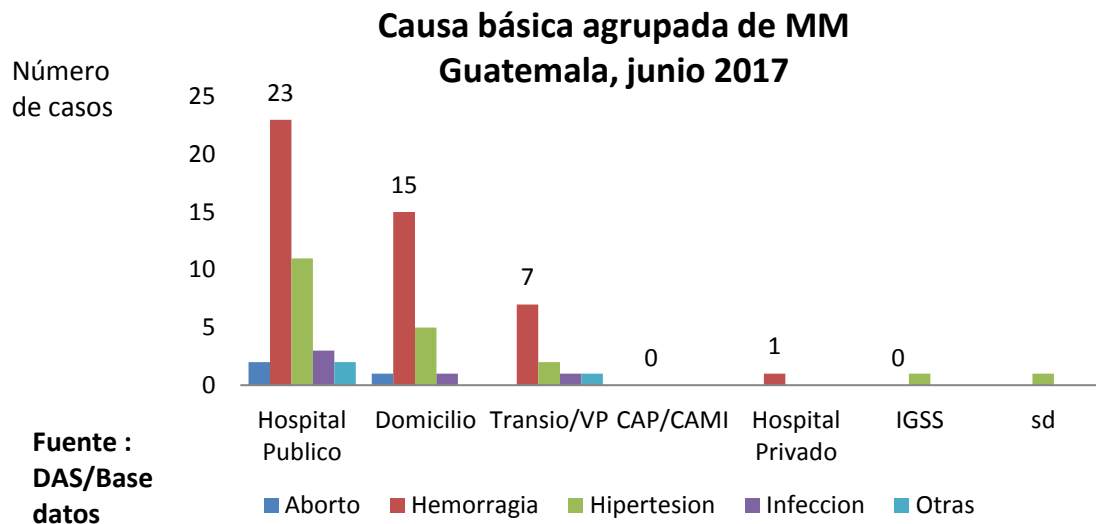
Fuente: DAS//base de datos

Gráfico 2



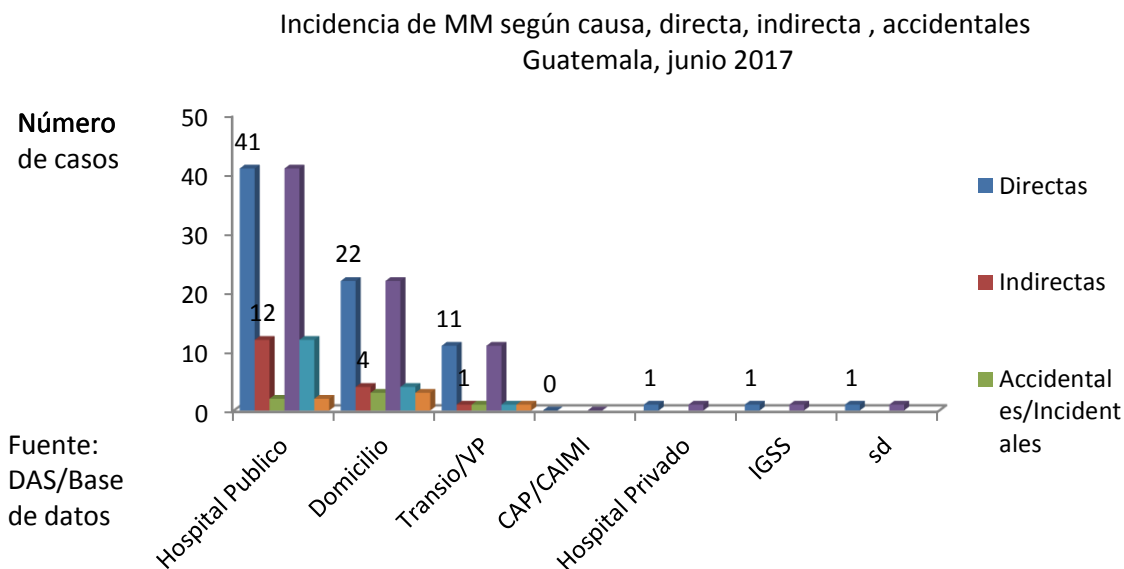
El sitio de ocurrencia de las MM sigue en primer lugar los hospitales públicos, seguido del domicilio, es importante caracterizarla. A continuación en gráfico 3 se describe.

Gráfico 3



En el gráfico 3 se observa que la MM por causa agrupada según el lugar de ocurrencia, la hemorragia es la causa más frecuente seguida de la hipertensión arterial y en tercer lugar la hemorragia en tránsito o vía pública.

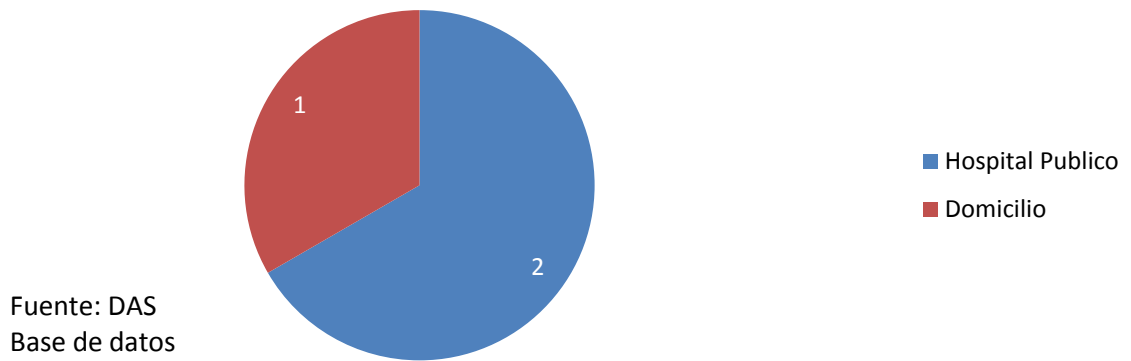
Gráfico 4



En el gráfico 4 se ha desagregado las MM por causas directas, indirectas, accidentales e incidentales, en relación al lugar de la ocurrencia, pudiendo observar que en los Hospitales la causa directa será siempre mayor que la indirecta, pero a nivel domiciliario las indirectas son más frecuentes.

Gráfico 5

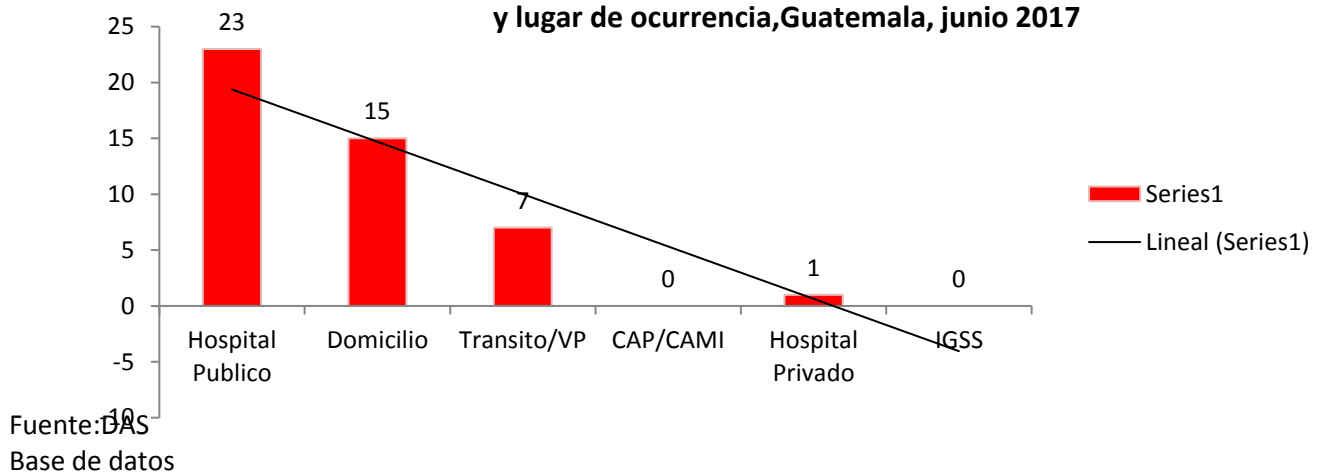
**Incidencia de abortos como causa de MM segun lugar de ocurrencia
Guatemala, junio 2017**



Relación 2 a 1 de incidencia de abortos entre Hospital y Domicilio como causa de Muerte Materna

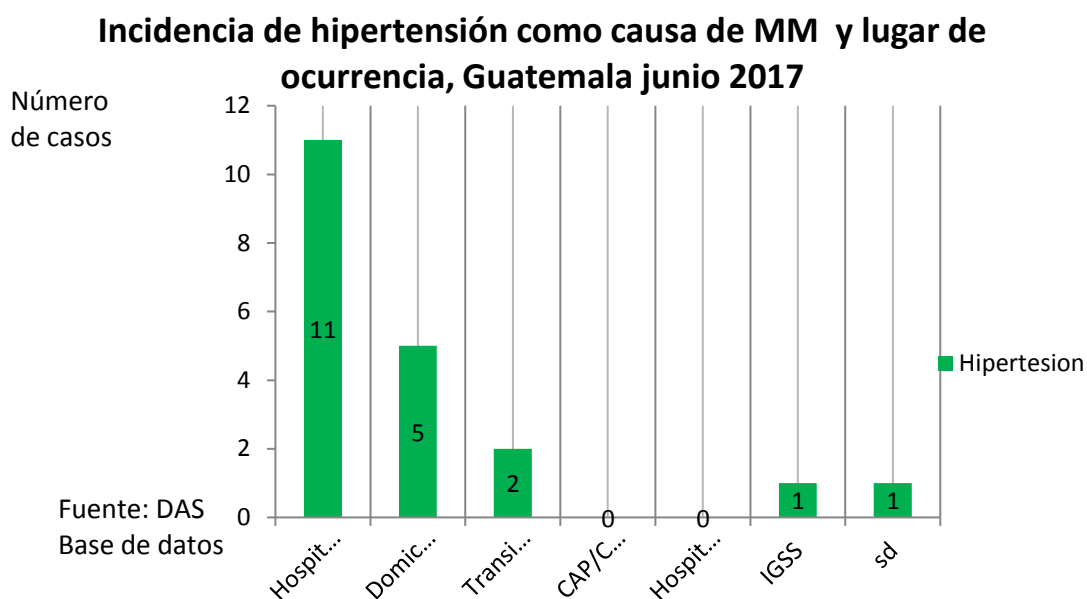
Gráfico 6

**Incidencia de hemorragia como causa de MM,
y lugar de ocurrencia, Guatemala, junio 2017**



Las hemorragias siguen siendo la causa más frecuente de MM y están sucediendo en Hospitales y en el domicilio

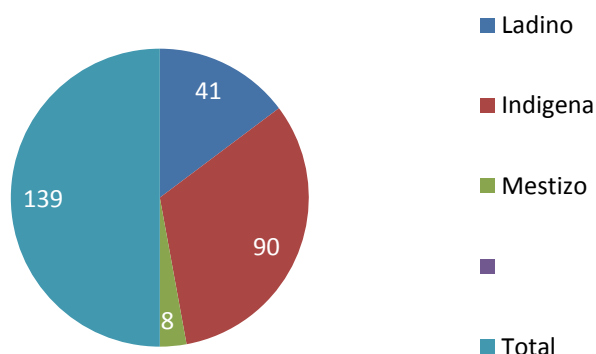
Gráfico 7



La gráfica 7 demuestra que la hipertensión arterial en el embarazo como causa de MM, también ocurren a nivel domiciliario en donde no hay medios para tratar a las pacientes.

Grafico 8

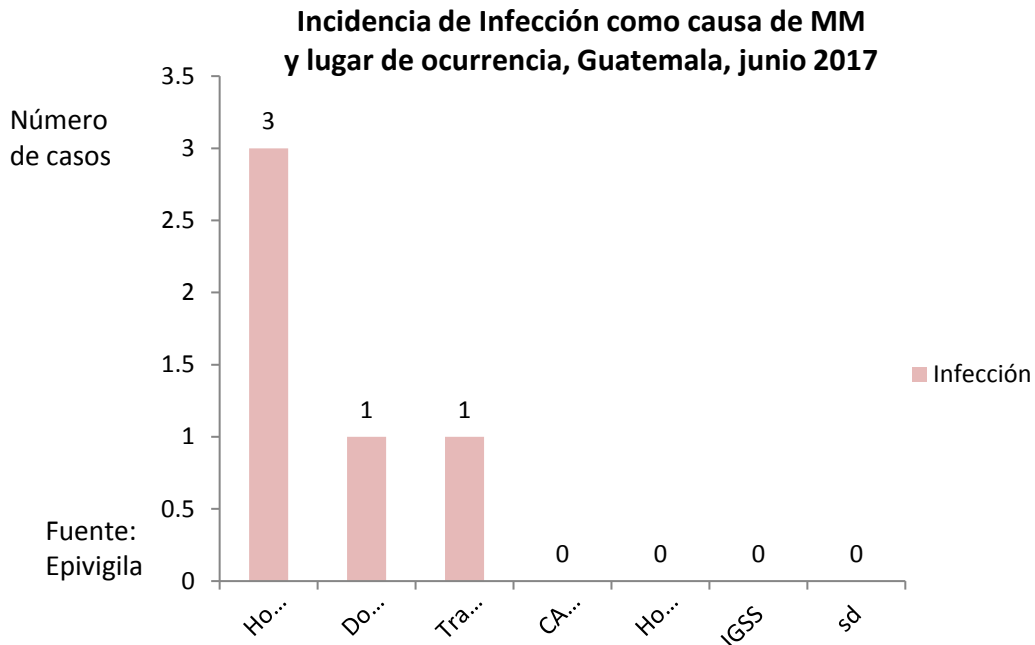
**MUERTE MATERNA
DISTRIBUCION DE CASOS SEGÚN PUEBLO.
GUATEMALA, ENERO-JUNIO 2017**



Fuente : DAS/ Base de datos

La MM sucede 1.8 veces más en la mujer indígena que en la no indígena (ladino/mestizo).

Gráfico 9



Las MM por infecciones son un problema a resolver, siempre se debe analizar las causas de las infecciones.

Conclusiones:

1. El perfil de la mujer guatemalteca que fallece por causas asociadas al embarazo, parto y puerperio sigue siendo el de mujer rural, indígena, lo que hace necesario una intervención multisectorial y desarrollada desde los espacios locales.
2. Aunque las causas básicas de muerte materna han variado en su participación porcentual, 80% son por causas directas y de estas la hemorragia sigue siendo la más importante, seguida de la hipertensión y la infección.
3. La mortalidad materna por hemorragia es 1.5 veces superior a nivel hospitalario que en domicilio. Sin embargo el lugar en donde la mujer que tiene una hemorragia durante el embarazo, parto y puerperio tiene

la última oportunidad de salvarse es en los hospitales. De allí que el parto Institucional de la mujer detectada durante el embarazo con riesgo obstétrico no debería ser atendida por ninguna razón en el domicilio.

4. El grupo de adolescentes presenta aumento en la razón de la mortalidad materna, las causas de mortalidad en este grupo se debe primordialmente a trastornos hipertensivos del embarazo seguido de hemorragia.
5. La vigilancia epidemiológica implementada permite establecer incidencia territorial de la MM e identificar los departamentos que presentan más casos de MM, que podrían considerarse como los territorios prioritarios de intervención.
6. La vigilancia epidemiológica de las muertes maternas en Guatemala, continúa siendo una prioridad asignada por las autoridades de salud y permite contar con información oportuna, pertinente y de calidad para facilitar la toma de decisiones.

Conclusiones específicas

- 1 Los partos atendidos a nivel domiciliario y/o por personas sin calificación representan un riesgo aumentado para las muertes maternas por hemorragia.
- 2 El acceso a la atención del parto por personal con mayores competencias, la capacidad de detectar y resolver las emergencias de forma oportuna, permiten reducir el riesgo de muertes maternas.
- 3 Las Demora I y IV son las responsables de la mayoría de las muertes maternas e indican los escenarios en los cuales se deben priorizar las intervenciones.
- 4 El evento obstétrico, tanto institucional como comunitario, es el eslabón crítico identificado para la prevención de la MM.

- 5 El eslabón de atención identificado varía dependiendo de la causa de muerte materna, siendo en la hemorragia el proceso de atención del parto y en la hipertensión la atención prenatal

Recomendaciones:

- Fortalecer los servicios de salud para la prevención, atención integral, tratamiento y de alto nivel de resolución.
- Desarrollar los planes operativos, que permitan implementar el Plan Nacional para la reducción de la MM, contextualizados a los espacios locales y con amplia participación social, con el objetivo de garantizar el acceso a servicios de planificación familiar, a una atención calificada del parto y la detección y resolución oportuna de las complicaciones, supervisando y monitoreando sus avances de forma permanente
- Desarrollar intervenciones que permitan fortalecer el conocimiento y la participación de individuos, familia y comunidad para implementar acciones que faciliten que las mujeres accedan a servicios de salud reproductiva, con énfasis en salud materna y neonatal.
- Garantizar la educación formal e informal como una oportunidad para consolidar conocimientos, incluyendo la educación integral en sexualidad, que contribuyan a prevenir la muerte materna.
- Fortalecer alianzas estratégicas con distintos actores institucionales y de la sociedad civil en el nivel local y nacional, para alcanzar una reducción más rápida de la mortalidad materna.
- El MSPAS como rector de la salud debe revisar y actualizar la formación de los posgrados de ginecoobstetricia y pediatría a nivel nacional.
- Garantizar la atención especializada por ginecólogo-obstetra 24 por 7 en todos los hospitales y CAIMI del MSPAS del país.
- Garantizar que las adolescentes embarazadas, en especial el grupo de niñas menores de 14 años, tengan una atención profesional calificada desde la etapa prenatal hasta finalizar el evento obstétrico y el puerperio.

- Desarrollar acciones que permitan reducir el número de partos domiciliarios, acercando a las embarazadas a los servicios de atención del parto, con capacidad resolutive.
- Implementar acciones que garanticen la atención calificada durante el embarazo, parto y puerperio, incluyendo la formación de recurso humano técnico (Técnicas Universitarias en Partería), con características socio culturales similares a la usuarias de los servicios, para reducir las muertes maternas en especial aquellas que se dan por hemorragia en mujeres indígenas o rurales.
- Garantizar las competencias del personal, a través de la capacitación continua, el equipamiento, los insumos y medicamentos para la atención oportuna durante el embarazo, parto y puerperio y para la resolución de las emergencias obstétricas.
- Fortalecer el establecimiento de redes integrales de servicios de salud, para mejorar el acceso a los servicios institucionales con capacidad resolutive de forma oportuna y con calidad.
- Profundizar el análisis generado desarrollando estudios de caso de departamentos y/o áreas de salud que mejoraron su razón de MM con el fin de sistematizar experiencias exitosas que puedan ser replicadas a escala a nivel nacional.
- Facilitar el análisis de esta información en espacios multisectoriales que permitan definir acciones que puedan incidir en los determinantes estructurales de la mortalidad materna.
- Utilizar las herramientas administrativas para establecer brechas y los costos que permitan determinar la inversión necesaria para resolver el problema.
- Actualización de normas y protocolos de acuerdo a la evidencia científica actual y el mantenimiento de la evaluación y monitoreo del cumplimiento de la norma vigente.
- Continuar fortaleciendo la correcta aplicación del protocolo de vigilancia epidemiológica de la mujer embarazada y la muerte de mujeres en edad fértil para la identificación de las muertes maternas, como la herramienta

básica para contar con información oportuna y de calidad que permita una mejor toma de decisiones

- Institucionalización de la Mesa Técnica de Vigilancia de la Mortalidad Materna (MTVMM) como elemento asesor técnico del Despacho Ministerial.
- Garantizar la elaboración anual del informe nacional de la situación de mortalidad materna.
- Desarrollar análisis secundarios de la información obtenida, que permitan profundizar en el conocimiento de factores y características asociadas.
- Coordinar con la cooperación internacional y nacional existente para potenciar los recursos técnicos y financieros disponibles y orientarlos en las intervenciones y necesidades prioritarias que surjan del análisis de la mortalidad materna local.