



## **Informe de Enfermedad Meningocócica (EM)** **(CIE 10: A.39)**

Semana Epidemiológica 3, 2012 (1 al 21 de Enero)

### **I. Introducción**

El agente causal de la Enfermedad Meningocócica es la *Neisseria meningitidis*, diplococo aerobio gram negativo. Si bien se describen 13 serogrupos a nivel mundial, los grupos A, B y C causan por lo menos el 90% de los casos, aunque la proporción causada por los grupos W-135 e Y va en aumento en varias regiones del mundo. En la mayor parte de los países europeos y de América Latina, los serogrupos B y C son las principales causas de enfermedad, en tanto que el serogrupo A lo es en África y Asia.

La mayor prevalencia, se ubica en el cinturón de la meningitis en África, una amplia zona que abarca desde Senegal hasta Etiopía y que afecta total o parcialmente a 21 países.

La enfermedad se presenta principalmente en niños, en especial en menores de un año y adultos jóvenes, siendo más frecuente en hombres. El factor de mayor riesgo es la proximidad del enfermo, especialmente si se comparte la misma habitación y se tiene menos de 5 años. Los factores de riesgo asociados, son el hacinamiento, el estado inmunitario del huésped, el bajo nivel socioeconómico, las infecciones concurrentes de las vías respiratorias superiores y la exposición pasiva o activa al humo de tabaco.

Alrededor del 98% de los casos se presenta en forma esporádica, los brotes, son poco frecuentes pero de alto impacto para la comunidad y los sistemas de salud. En épocas pasadas, la letalidad era superior al 50%, sin embargo, con el uso de antibióticos, la atención en cuidados intensivos y mejoría en las medidas de soporte, han contribuido a reducirla a un 8 a 15%.

La vigilancia de la Enfermedad Meningocócica se estableció en Chile de forma universal y notificación inmediata, según el DS N°158/2004, su importancia está basada en el alto potencial epidémico y la alta letalidad (10-15%) de esta enfermedad, además de la existencia de una medida de control efectiva para evitar casos secundarios a través de la aplicación de quimioprofilaxis a los contactos.

Los objetivos de esta vigilancia son: detectar brotes y actuar precozmente en su control; medir y detectar epidemias y evaluar el impacto de la enfermedad en sus manifestaciones epidémica y no epidémica.

## II. Situación Epidemiológica

La Enfermedad Meningocócica, ha mantenido una situación de baja endemia desde el año 2001, año que comienza un marcado descenso, con una posterior tendencia a la estabilización durante el último quinquenio.

Durante el año 2012, se han notificado 4 casos de Enfermedad Meningocócica; igual a lo observado en el mismo período del año 2011.

Figura 1:  
Tasa de Incidencia Enfermedad

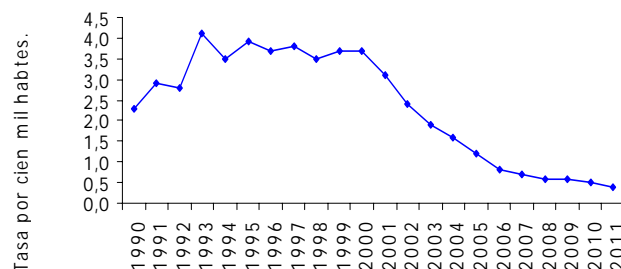


Figura 2: Tasa de Enf.Meningocócicas según región, Chile SE 3, año 2012

REGION	Nº casos	Tasa Incidencia de Enf. Meningocócica*
Arica y Parinacota	0	0,0
Tarapacá	0	0,0
Antofagasta	0	0,0
Atacama	0	0,0
Coquimbo	0	0,0
Valparaíso	1	0,1
Metropolitana	2	0,0
O'Higgins	0	0,0
Maule	0	0,0
Bio Bio	0	0,0
Araucanía	0	0,0
Los Ríos	0	0,0
Los Lagos	1	0,1
Aisén	0	0,0
Magallanes	0	0,0
Total País	4	0,0

\* Tasas por 100.000 hbtes.

Fuente: Departamento de Epidemiología/MINSAL

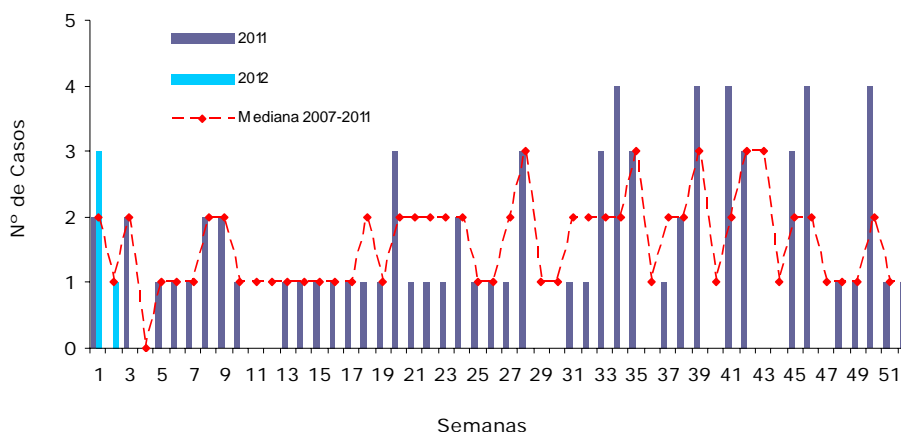
Fuente: Dpto Epidemiología - MINSAL, Chile

Todos los casos son de sexo masculino; uno de ellos tiene 1 mes de edad, y los otros 3, son mayores de 20 años.

Las regiones que notificaron estos casos, corresponden a Valparaíso, Metropolitana y Los Lagos.

Todos los casos han sido confirmados por el Instituto de Salud Pública, correspondiendo a los serogrupos B (2 casos), W-135 (1) y C (1).

Figura 3: Casos de Enfermedad Meningocócica según SE. Chile 2011 y semana 3 2012



## **Año 2011:**

El año 2011, se presentaron 74 casos de EM, cifra inferior a lo observado el año 2010 (78 casos). La incidencia fue de 0,4 por cien mil hab., manteniéndose la situación de baja endemia. Los menores de 5 años representaron 55% del total de casos, siendo menor de un año 42,5% de este grupo.

Hubo 11 fallecidos, lo que representa una letalidad de 15%. Las muertes ocurrieron en los grupos menores de 5 años (3), de 20 a 59 años (4) y de 65 y más años (4).

Según distribución geográfica, 11 de las 15 regiones del país notificaron casos. La región de Magallanes fue la que presentó la tasa de incidencia más alta a nivel nacional con 1,3 casos por cien mil habitantes, siguiendo la región de Tarapacá y Metropolitana con una tasa de 0,6 por cien mil habitantes.

La confirmación de casos, por parte del ISP fue de un 84% del total de notificaciones, detectándose los serogrupos B en un 49%, W-135 en un 34%, C en un 13% e Y en un 3%. El serogrupo W-135 mostró un aumento, desplazando al serogrupo C.

## **III. Conclusiones**

Chile, presenta una situación de baja endemia iniciada a partir del 2001, con una tendencia a la estabilización en los últimos años. El grupo más afectado durante el 2011 correspondió a los menores de 5 años.

La confirmación de laboratorio se observa sobre el 84% en el 2011 y 100% en el 2012, contribuyendo en esta alza la implementación de la técnica de RT-PCR en el ISP a partir del año 2008.

Si bien, el número de casos se ha reducido considerablemente, la letalidad es alta, sobrepasando el 10% esperado. Es por ello que los equipos de salud de establecimientos públicos y privados, deben reforzar permanentemente esta vigilancia, haciendo hincapié en la sospecha diagnóstica.

## **IV. Recomendaciones y Medidas Preventivas:**

Con el fin de asegurar la oportunidad de las medidas de control, la investigación epidemiológica, se inicia inmediatamente conocida la sospecha diagnóstica, sin esperar confirmación de laboratorio, debiendo:

- Identificar los contactos (intra y extra domiciliarios), desde el inicio de la enfermedad y hasta la fecha que es hospitalizado.
- Aplicar quimioprofilaxis a todos los contactos identificados
- Realizar consejería respecto a los riesgos de la enfermedad y a la probable aparición de casos secundarios.
- Monitorear la correcta aplicación de la quimioprofilaxis.
- Realizar seguimiento a los contactos por diez días, es decir, hasta cumplido el período de incubación máximo de la enfermedad.

Las medidas generales apuntan a mantener un buen estado de salud y fomentar la ventilación de los ambientes en lugares con alta concentración de personas; asimismo, evitar el hacinamiento en las viviendas y en los lugares de trabajo y la exposición pasiva o activa al humo del tabaco.

En tanto, las medidas específicas son:

- Cubrirse la boca y nariz al toser o estornudar.
- Evitar que los niños intercambien saliva a través de chupetes, mamaderas u otros utensilios que se llevan a la boca.
- Ventilar diariamente las ropas de cama y las habitaciones
- Mantener a los niños con un buen estado de salud a través de una adecuada nutrición y vacunas al día.
- Mantener una temperatura corporal adecuada, evitando los enfriamientos y resfríos
- Evitar lugares con hacinamiento y mal ventilados.
- Evitar la exposición al humo de tabaco.

**Circular B51 N°/09 del 06/02/2009.**  
**Vigilancia Epidemiológica y Medidas de Control de la Enfermedad**  
**Meningocócica (A39)**

**La Enfermedad Meningocócica** es de **NOTIFICACIÓN INMEDIATA** según Decreto N° 158.

**Definiciones:**

**Caso Sospechoso:** Paciente mayor de 1 año de edad que presenta fiebre súbita mayor de 38° C, cefalea, vómitos y al menos uno de los siguientes síntomas o signos: rigidez de nuca; alteración de conciencia; otros signos de irritación meníngea (Kerning, Brudzinsky); erupción petequeal o purpúrica.

**En pacientes <1 año, se sospecha meningitis cuando la fiebre se acompaña de abombamiento de fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad, convulsiones, con o sin erupción petequeal.**

**Caso Confirmado:** caso sospechoso que se confirma por:

- Laboratorio: a) aislamiento del agente etiológico por medio de cultivo de LCR, sangre u otro fluido o tejido de sitio normalmente estéril, o b) técnicas de PCR en tiempo real de LCR o plasma.
- Nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.