



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA (CIE 10: A39) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-DICIEMBRE, 2014

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 53 de 2014

Índice

- [Antecedentes Generales](#)
- [Situación epidemiológica](#)
- [Determinantes Sociales de la Salud \(DSS\)](#)
- [Comentarios y conclusiones](#)

Antecedentes Generales

El agente causal de la Enfermedad Meningocócica (EM) es la *Neisseria meningitidis* (NM), diplococo aerobio gram negativo. Si bien se describen 13 serogrupos a nivel mundial, los grupos A, B y C causan por lo menos 90% de los casos, aunque la proporción causada por los grupos W e Y va en aumento en varias regiones del mundo.

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 con el enfermo, especialmente si se comparte la misma habitación y se tienen menos de 5 años de edad. Los factores de riesgo asociados son: el hacinamiento, el estado inmunitario del huésped (como por ejemplo: déficit de properdina o de componentes finales del complemento), el bajo nivel socioeconómico, las infecciones concurrentes de las vías respiratorias superiores y la exposición pasiva o activa al humo de tabaco.

En un período no epidémico, la portación de *Neisseria meningitidis* se estima entre 10% a 25% de la población, cifra que puede aumentar en situaciones de epidemia.

En Chile, la Enfermedad Meningocócica es de notificación universal e inmediata ([DS Nº158/2004](#)), la importancia de mantener una vigilancia epidemiológica de esta enfermedad, está basada en su gravedad (alta letalidad) y su potencial epidémico.

Para su control, existen medidas efectivas para evitar casos secundarios, como son la quimioprofilaxis a los contactos y las vacunas conjugadas contra el serogrupo prevalente para prevenir la enfermedad (A-C-W-Y). Así, desde fines del 2012 se inició una campaña de vacunación dirigida al grupo entre los 9 meses y 5 años, con buenos resultados. A partir del año 2014, la vacuna se implementó en forma programática al año de edad como parte del Programa Nacional de Inmunizaciones.

[Volver al Índice](#)

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Sospechoso:

Paciente mayor de un año con aparición súbita de fiebre mayor de 38°C acompañada de cefaleas y vómitos y de al menos uno de los siguientes: rigidez de nuca, alteración de conciencia, otros signos de irritación meníngea (kernig, Brudzinsky), erupción cutánea petequeal o purpúrica.

En los <1 año de edad se sospecha meningitis cuando la fiebre está acompañada de abombamiento de fontanela, vómitos, somnolencia, irritabilidad, convulsiones, con o sin erupción petequeal.

Caso Confirmado:

Caso sospechoso que se confirma por laboratorio o por nexo epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio.

El caso confirmado por clínica, el diagnóstico deberá ser ratificado por expertos clínicos

MODALIDAD DE VIGILANCIA

Universal e inmediata

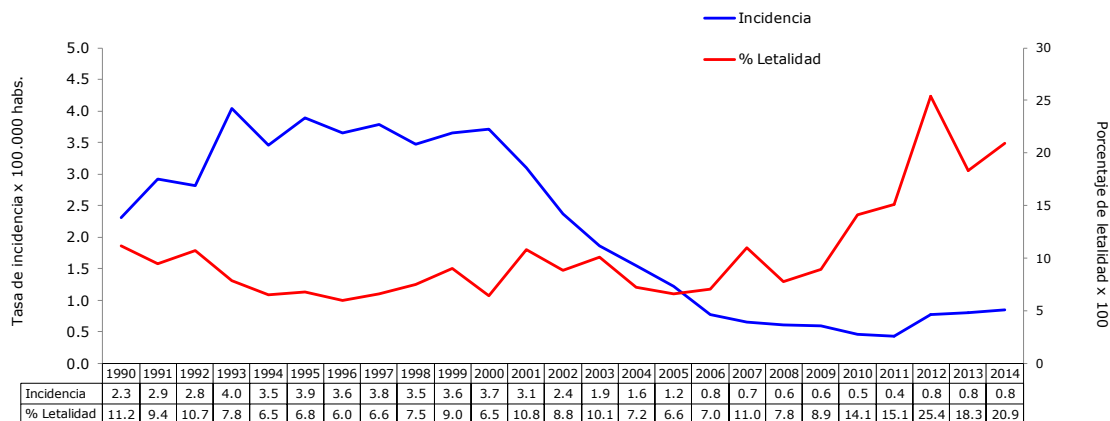
CRITERIOS DE LABORATORIO

Aislamiento por medio de cultivo de Líquido Céfalo Raquídeo (LCR), sangre u otro fluido, o tejido de sitio normalmente estéril. PCR en tiempo real de LCR. La confirmación y tipificación se realiza en el ISP.

Situación Epidemiológica

En Chile, desde el año 2006 en adelante, la Enfermedad Meningocócica (EM) se ha presentado como baja endemia (incidencia < 1 por 100.000 hab.); sin embargo el descenso de las tasas de incidencia se inició antes, el año 2001 y entre ese año y 2011 se observó un descenso sostenido, disminuyendo que no se relacionó con intervenciones específicas. El año 2012 en cambio, hubo un aumento de la incidencia, duplicando a la observada el año anterior y que se mantuvo estable durante los años 2013 y 2014; explicada por el aumento del serogrupo W. Por otra parte, la letalidad fluctuó entre 6.5% y 11% entre 1990 y 2009. Desde 2010 en adelante se observó un aumento sostenido alcanzando a 25% el año 2012, para descender a 18% en 2013 y volver a aumentar a 21% en 2014 (gráfico 1)

Gráfico 1: Tasas de incidencia y de letalidad de Enfermedad Meningocócica. Chile, 1990-2014.



Fuente: Dpto. de Epidemiología y DEIS, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

Durante el año 2014 se confirmaron 148 casos de EM, alcanzando una incidencia de 0,8 por 100.000 hab. El número de casos observados, superó a lo esperado, según la mediana quinquenal (n=99 casos) y en 6 casos al mismo período del año 2013 (n=142 casos).

La mayor parte del año 2014, el número de casos mensual superó lo esperado, manteniéndose principalmente en la zona de alerta del canal endémico, a excepción de fines del mes de julio cuando el número de casos se presentó muy por sobre lo esperado (gráfico 2).

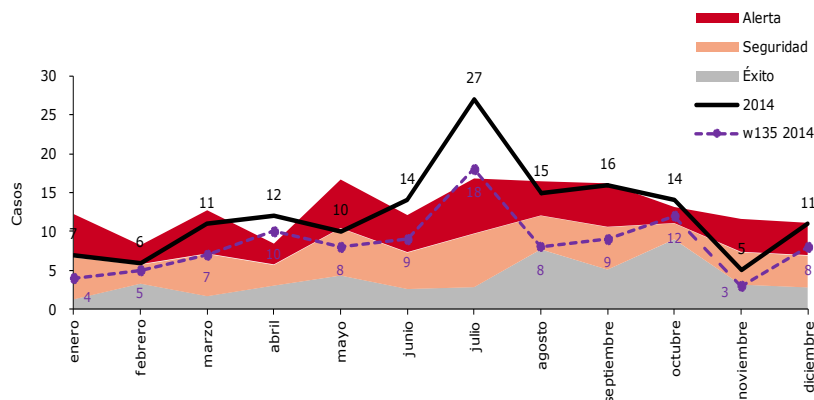
Con relación a la distribución porcentual por serogrupo, el W, representó 75% (mayor a lo observado en los dos años anteriores), le siguió el serogrupo B (23%) y dos casos de C y un Y.

En el año 2014, 52% de los casos fueron hombres, y los menores de 5 años representaron 41% (rango de edad 16 días y 90 años) del total de casos.

Respecto a la presentación clínica de la EM, la meningococcemia concentra 54% del total de casos y además es el cuadro clínico predominante del serogrupo prevalente (W).

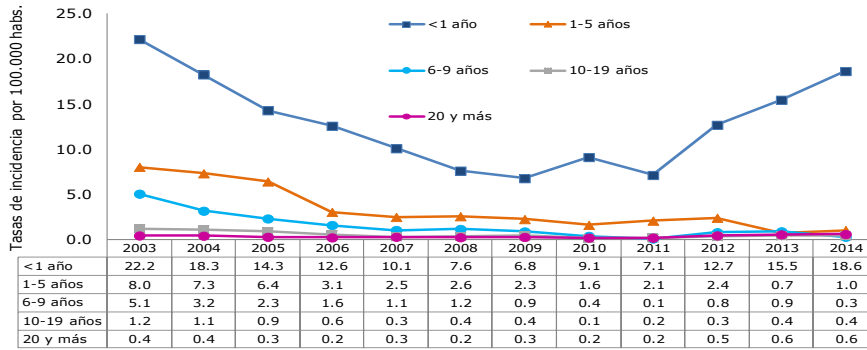
Respecto a la tendencia entre los años 2003 a 2014 el grupo menor de 1 año es el que ha presentado los mayores riesgos, observándose un aumento constante desde el año 2012.

Gráfico 2: Canal endémico mensual de Enfermedad Meningocócica. Chile, 2014.



Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Gráfico 3: Tasas específicas de enfermedad meningocócica, por grupo etario. Chile, años 2003-2014*

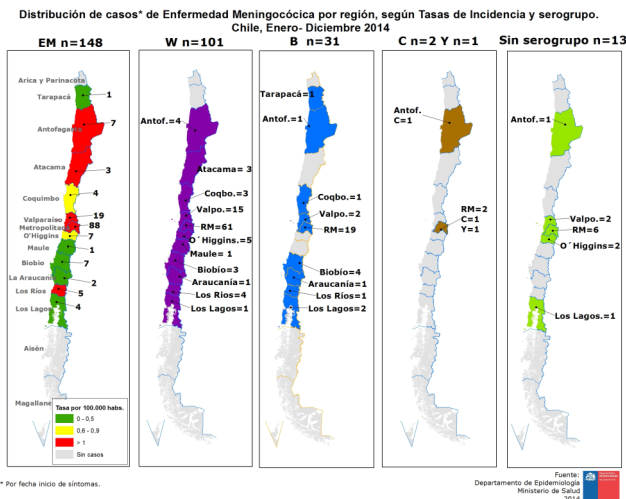


(*) Datos en proceso de validación.
Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

Cabe destacar que la medida eficaz para controlar brotes es la vacuna, que se comenzó a aplicar el año 2012 a niños entre los 9 meses y 4 años de edad, cuyo impacto se refleja en el grupo entre 1 y 5 años que disminuyó su incidencia de 2.4 en 2012 a 1 por 100.000 hab. en los últimos años (gráfico 3). En el año 2013, en los casos en edades de vacunación sólo se reportaron 2 casos W en niños que no fueron vacunados y en la mayoría se aisló N.meningitidis B, serogrupo que no está contenido en la vacuna.

En cambio, en el año 2014, la vacuna se implementó desde 1 año de edad y se presentaron 6 casos W, 4 de ellos no habían sido inmunizados y 2 vacunados; uno de ellos con patología de base (leucemia). Cabe recordar que en los años 1999 y 2002, el serogrupo C generó brotes en las regiones del Biobío y de Aisén, debido a lo cual se realizó campañas de vacunación como medida de control (vacuna Polisacárida A-C-W-Y), las que resultaron efectivas. A diferencia de lo ocurrido con el serogrupo W, luego de la vacunación, el serogrupo C volvió a su presentación aislada y esporádica en Chile.

Figura 1



Con relación a la distribución geográfica, durante el año 2014, el serogrupo W tuvo una diseminación más amplia que el B y al igual que el año 2013, no se presentaron casos en las regiones extremas de Arica-Parinacota, Aisén y Magallanes (figura 1).

Tabla 1 Casos y tasas de Enfermedad Meningocócica por región de residencia. Chile, 2013-2014 (*)

| Región | Año 2014 (*) | | Mediana de casos acumulada, años 2009-2013 | Año 2013 (*) | |
|--------------------|---------------------------------|-------------------------|--|---------------------|-------------------------------|
| | Casos acumulados semanas 1 a 53 | Tasa de incidencia (**) | | Total Casos anuales | Tasa de incidencia anual (**) |
| Arica y Parinacota | 0 | 0.0 | 1 | 0 | 0.0 |
| Tarapacá | 1 | 0.3 | 2 | 3 | 0.9 |
| Antofagasta | 7 | 1.1 | 2 | 6 | 1.0 |
| Atacama | 3 | 1.0 | 1 | 3 | 1.0 |
| Coquimbo | 4 | 0.5 | 2 | 2 | 0.3 |
| Valparaíso | 19 | 1.1 | 9 | 18 | 1.0 |
| Metropolitana | 88 | 1.2 | 46 | 81 | 1.1 |
| O'Higgins | 7 | 0.8 | 5 | 5 | 0.6 |
| Maule | 1 | 0.1 | 2 | 4 | 0.4 |
| Biobío | 7 | 0.3 | 7 | 12 | 0.6 |
| Araucanía | 2 | 0.2 | 2 | 2 | 0.2 |
| Los Ríos | 5 | 1.2 | 1 | 1 | 0.3 |
| Los Lagos | 4 | 0.5 | 4 | 5 | 0.6 |
| Aisén | 0 | 0.0 | 0 | 0 | 0.0 |
| Magallanes | 0 | 0.0 | 1 | 0 | 0.0 |
| Total País | 148 | 0.8 | 133 | 142 | 0.8 |

(*) Datos provisorios
(**) por cien mil hab.
Fuente: Dpto. de Epidemiología, DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.□

En los años 2013 y 2014, las tasas de incidencia a nivel país se mantuvieron estables, al igual que las regiones de Atacama, de Valparaíso, Metropolitana y de Antofagasta que se mantuvieron liderando los riesgos mas altos; mientras que la región de Los Ríos aumentó la incidencia sólo en 2014 (tabla 1).

Determinantes Sociales de la Salud (DSS)

Entre los factores que la evidencia identifica como determinantes sociales estructurales e intermediarios que pueden aumentar la vulnerabilidad de la población a contraer EM, se encuentran el hacinamiento, la exposición pasiva o activa al humo del tabaco y el nivel socioeconómico bajo. Las regiones más afectadas por esta enfermedad durante el año 2014 son de la zona norte, como Antofagasta y Atacama, del centro como Valparaíso y Metropolitana, agregándose la zona sur con la región de Los Ríos.

Al revisar los niveles regionales respecto a estos factores que podrían contribuir a explicar una mayor incidencia de la EM, se encuentran los siguientes:

- En hogares con hacinamiento crítico, Antofagasta y Atacama presentan un valor alto, presentando 1,6% y 1,3%, respectivamente, muy por sobre 0,5% y 0,6% de Valparaíso, Metropolitana y Los Ríos, regiones que se ajustan más al promedio país (0,7%).
- El porcentaje de personas que consume tabaco el último mes, sólo Valparaíso y Los Ríos registran un valor bajo el promedio nacional (38,2%) y el resto de las regiones presenta entre 41,7% y 46,6% sobre el índice nacional que es de 40,5%.
- Otros de los determinantes sociales de la salud que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad como la pobreza, se destaca que en Atacama y Los Ríos (17,5% y 20,4%, respectivamente) este indicador se presenta sobre el promedio país (15,1%). Si a éste se le suma el porcentaje de hogares que vive en viviendas con material irreparable, Atacama presenta 1,9%, superando al promedio país (0,7%).

(Fuente: [Diagnósticos regionales de salud con enfoque de determinantes sociales.](#))

Comentarios y conclusiones

En Chile, la Enfermedad Meningocócica se presenta como *baja endemia*, aunque el año 2012 se observó, un aumento de la incidencia, duplicando a la observada el año anterior y que se mantuvo estable durante los años 2013 y 2014; coincidente con el aumento del serogrupo W, que ha continuado desplazando al B.

La letalidad se mantiene alta y predomina el diagnóstico clínico de meningococemia.

El serogrupo W predomina desde el año 2012, donde concentró 56% y en 2014 75% del total de casos seroagrupados.

La EM es una enfermedad estacional de meses fríos, por lo que durante el mes de julio de 2014 se presentó claramente sobre lo esperado, a diferencia del resto del año donde se mantuvo en la zona de alerta del canal endémico.

Como medida de control del aumento del serogrupo W, desde fines del año 2012 y durante el año 2013 se realizó una campaña de vacunación anti-meningocócica, dirigida a menores de 5 años. A partir del año 2014 se inició la vacunación en forma programática al año de edad. El impacto de esta medida de salud pública podrá medirse en el mediano plazo, sin embargo, la incidencia en el grupo objetivo de vacunación ha disminuido a < 1 por 100.000 habs., predominando el serogrupo B en estos grupos etáreos.

Dado que esta enfermedad tiene medidas de control efectivas como son la quimioprofilaxis (para evitar casos secundarios) y la vacunación en forma programática, es importante aplicar el bloqueo de contactos dentro de las 24 horas de notificado el caso sospechoso y reforzar la vacunación en los menores de edad de acuerdo al calendario de vacunación establecido en Chile.

Informe a cargo de: EU Doris Gallegos U dgallego@minsal.cl

Edición a cargo de: Mat. y MSP Mónica Chiu A. mchiu@minsal.cl