



ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA (CIE 10: A39) SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA, ENERO-JUNIO, 2015

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 26 de 2015

Índice

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

DEFINICIÓN DE CASO

Caso Sospechoso:

Paciente > 1 año: Aparición súbita de fiebre mayor de 38°C acompañada de cefaleas y vómitos y de al menos uno de los siguientes signos y síntomas: rigidez de nuca, alteración de conciencia, otros signos de irritación meníngea (kernig, Brudzinsky), erupción cutánea petequeal o purpúrica.

Paciente <1 año de edad: fiebre 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 nexos epidemiológico con un caso confirmado por laboratorio. Cuando la confirmación es clínica, el diagnóstico deberá ser ratificado por expertos clínicos.

Modalidad de Vigilancia:

Universal e inmediata

Criterios de Laboratorio:

Aislamiento de *N. meningitidis* por medio de cultivo de Líquido Céfalorraquídeo (LCR), sangre u otro fluido, o tejido de sitio normalmente estéril. Identificación de *N. meningitidis* en LCR y sangre mediante técnica PCR-RT. La confirmación y tipificación se realiza en el ISP.

Antecedentes

El agente causal de la Enfermedad Meningocócica (EM) es *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 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, 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 asintomática de *Neisseria meningitidis* se estima entre 10% - 25% de la población, cifra que puede aumentar en situaciones de epidemia.

En Chile, la Enfermedad Meningocócica es de notificación obligatoria, universal e inmediata (DS N°158/2004). 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 la quimioprofilaxis a los contactos y las vacunas conjugadas contra el serogrupo prevalente (A-C-W-Y). Así, desde fines del año 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.

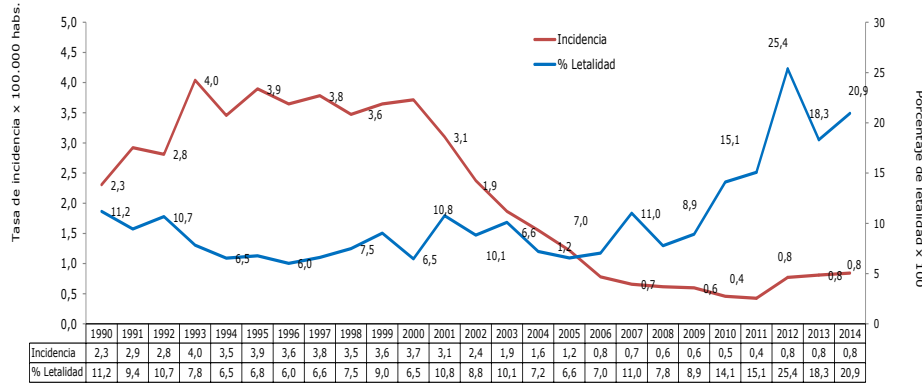
Actualmente se está trabajando con un grupo de expertos para cambiar la definición de caso de la Circular de Vigilancia, en base a la nueva evidencia obtenida con los estudios del serogrupo W.

[Volver al Índice](#)

Situación Epidemiológica

En Chile, la Enfermedad Meningocócica (EM) se presenta como baja endemia (incidencia inferior a 1 por 100.000

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



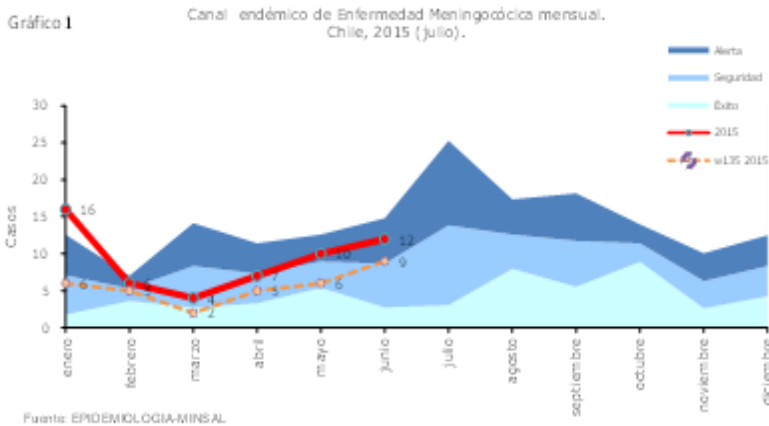
Fuente: Depto. de Epidemiología y DEIS - DIPLAS - MINSAL

habs.), con un descenso sostenido de las tasas de incidencia desde el año 2001 y hasta el año 2011; disminución que no se relacionó con intervenciones específicas. En el año 2012 se observó un aumento de casos, con una incidencia que duplicó a la observada el año anterior explicada por el aumento del serogrupo W (anteriormente denominado como W135) y que se mantuvo constante durante los años 2013 y 2014 (0,8 por 100.000 hab.). Por su parte, la letalidad de la enfermedad se mostraba estable alrededor del 10%, pero desde 2010 en adelante se observó un aumento sostenido alcanzando a 25% el año 2012, 18% en 2013 y 21% en el 2014 (Gráfico 1)

Situación hasta la semana epidemiológica (SE) 26 de 2015

Entre enero y junio de 2015, se han confirmado 55 casos de EM, alcanzando una incidencia de 0,3 casos por 100.000 hab. El número de casos observados, supera levemente lo esperado, según la mediana quinquenal (n=43 casos), pero es levemente inferior al mismo período del año 2014 (n=58 casos). En este periodo, la letalidad fue de 27,3%.

Gráfico 2: Canal endémico de Enfermedad Meningocócica por mes. Chile, 2015 (enero a marzo)



Fuente: EPIDEMIOLOGIA-MINSAL

Según el canal endémico, sólo en enero de 2015, el número de casos semanal superó lo esperado, manteniéndose sobre la zona de alerta; sin embargo, durante los meses de febrero a mayo, los casos se mantuvieron en la zona de seguridad, aumentando recién hacia fines del mes de junio (Gráfico 2).

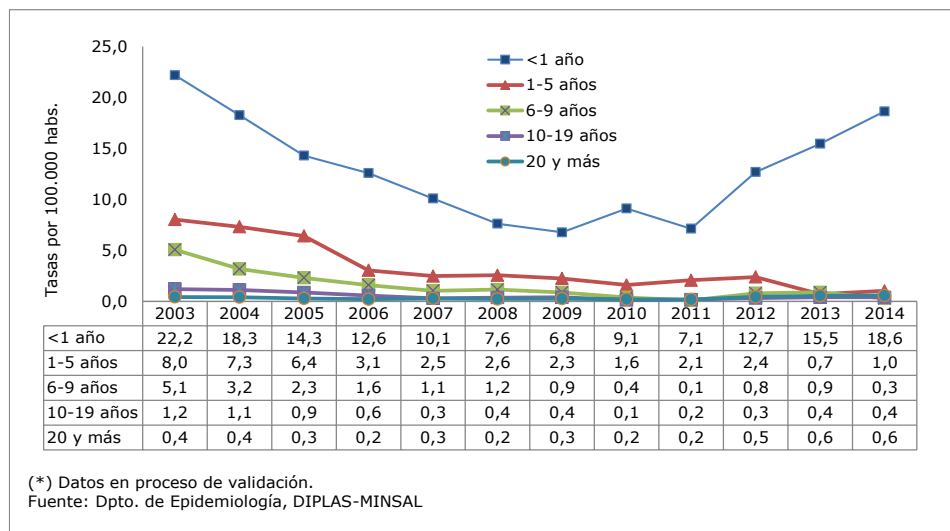
Con relación a la caracterización por serogrupos, durante los años 1999 y 2002, el serogrupo C generó brotes en las regiones del Biobío y de Aisén, debido a lo cual se realizaron campañas de vacunación (vacuna Polisacárida A-C-W-Y); medida que logró controlar el brote y que el serogrupo C volviera a su presentación aislada y esporádica. El otro serogrupo que ha causado brotes en Chile ha sido el W: para controlarlos, también se realizó una campaña de vacunación; sin embargo, a diferencia de lo ocurrido con el serogrupo C, este grupo sigue predominando. Es así como durante el primer semestre de 2015, los casos confirmados por serogrupo W, agruparon a 69% de los casos de EM; seguido por el grupo B (27%). Con menor representatividad, hubo 2 casos grupo C y un caso grupo Y.

[Volver al Índice](#)

Características de los casos

Respecto a los riesgos según edad, el grupo < 1 año (sin intervención por la vacuna), ha presentado históricamente las tasas de incidencia más altas.

Gráfico 3: Tasas específicas de Enfermedad Meningocócica, por grupo etario. Chile, 2003-2014 (*)



Aunque se observó un descenso sostenido entre 2003 y 2009. El año 2010 hubo un leve aumento, para descender en 2011; sin embargo, a contar de 2012 se inicia un ascenso en forma sostenida, hasta alcanzar el año 2014 un tasa similar a la observada en 2004. El resto de grupos etarios, presenta riesgos muy por debajo de los menores de 1 año.

En Chile, se han utilizado dos esquemas de vacunación: el año 2013, se vacunó al grupo etario entre 9 meses y 4 años de edad y desde el año 2014, se incluyó en el calendario nacional al año de edad. Esta medida, ha influido en el perfil de los casos de la siguiente manera:

| Año | Nº de casos | Perfil de los casos de Enfermedad Meningocócica en grupos vacunados |
|------|-------------|---|
| 2013 | | En el grupo etario entre 9 meses y 4 años, en la mayoría se aisló serogrupo B, que no está contenido en la vacuna y sólo 2 casos fueron W (niños no vacunados). |
| 2014 | 15 | Grupo etario entre 1 y 6 años de edad ; 9 fueron serogrupo B y 6 W (4 no fueron inmunizados y 2 vacunados, uno con diagnóstico de leucemia y el otro sin antecedente previo de enfermedad). |
| 2015 | 4 | Grupo etario entre 1 y 5 años, tres de ellos vacunados y confirmados como serogrupo B; el otro caso no alcanzó a recibir la vacuna. |

Respecto al diagnóstico del tipo de EM, la meningococcemia concentra la mitad del total de casos, siendo el cuadro clínico predominante del serogrupo prevalente (W).

Análisis regional

Durante el primer semestre de 2015, la tasa del país fue de 0.3 por cien mil habs., por sobre este valor se ubicaron las regiones de Antofagasta y de Valparaíso (0,5 por 100 mil habitantes), seguidas por las de Coquimbo y Metropolitana, con una tasa acumulada de 0,4 casos por 100 mil habs. Al igual que el 2014, no se han presentado casos en las regiones extremas de Arica-Parinacota, Aisén y Magallanes (tabla 1 y figura 1).

Tabla 1

Casos y tasas de de Enfermedad meningocócica, por región de residencia. Chile, 2014-2015 (*)

| Región | Año 2015 (*) | | Mediana de casos acumulada, años 2010-2014 | Año 2014 (*) | |
|--------------------|---------------------------------|-------------------------|--|---------------------|-------------------------------|
| | Casos acumulados semanas 1 a 26 | Tasa de incidencia (**) | | Total Casos anuales | Tasa de incidencia anual (**) |
| Arica y Parinacota | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Tarapacá | 1 | 0,3 | 0 | 1 | 0,3 |
| Antofagasta | 3 | 0,5 | 2 | 7 | 1,1 |
| Atacama | 1 | 0,3 | 1 | 3 | 1,0 |
| Coquimbo | 3 | 0,4 | 1 | 4 | 0,5 |
| Valparaíso | 9 | 0,5 | 6 | 19 | 1,1 |
| Metropolitana | 27 | 0,4 | 17 | 88 | 1,2 |
| O'Higgins | 2 | 0,2 | 1 | 7 | 0,8 |
| Maule | 1 | 0,1 | 1 | 1 | 0,1 |
| Bíobío | 4 | 0,2 | 4 | 7 | 0,3 |
| Araucanía | 1 | 0,1 | 1 | 2 | 0,2 |
| Los Ríos | 1 | 0,2 | 1 | 5 | 1,2 |
| Los Lagos | 2 | 0,2 | 0 | 4 | 0,5 |
| Aisén | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Magallanes | 0 | 0,0 | 0 | 0 | 0,0 |
| Total País | 55 | 0,3 | 43 | 148 | 0,8 |

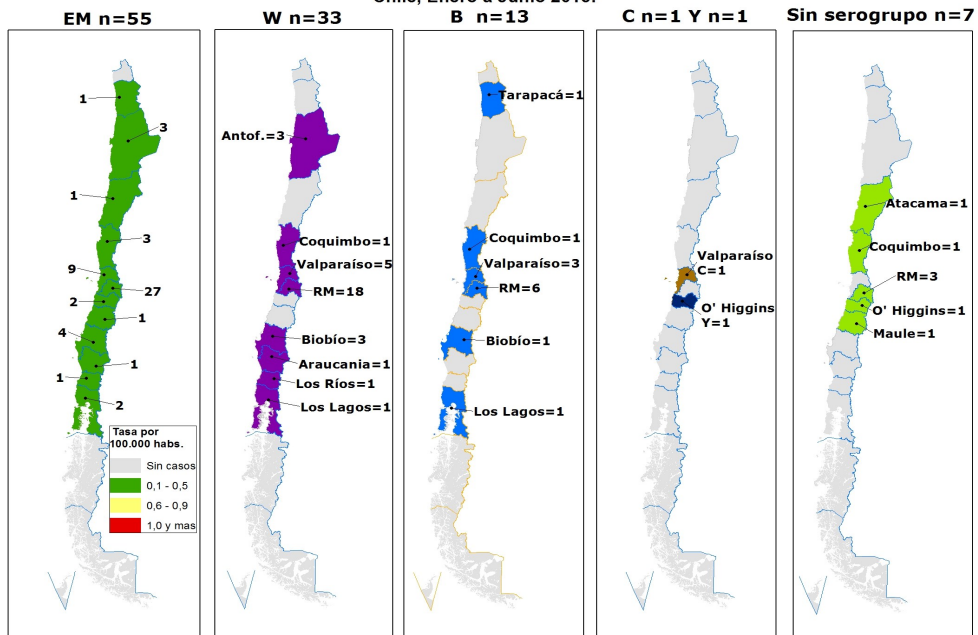
(*) Datos provisorios

(**) por cien mil habs.

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

Figura 1

Distribución de casos* de Enfermedad Meningocócica por región, según Tasas de Incidencia y serogrupo. Chile, Enero a Junio 2015.



* Por fecha inicio de síntomas.

Fuente: Departamento de Epidemiología, Ministerio de Salud 2015

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 primer trimestre 2015 son de la zona norte: Antofagasta, Tarapacá, Coquimbo y Valparaíso, agregándose la zona sur: 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, destaca Antofagasta por presentar un valor alto, presentando un 1,6%, muy por sobre el resto de las otras regiones que se ajusta más al promedio país (0,7%).
- El porcentaje de personas que consume tabaco el último mes, sólo Antofagasta y Coquimbo se presentan sobre el índice nacional, que corresponde a un promedio alto (40,5%).
- Otros determinantes sociales de la salud que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad como la pobreza, se destaca que en Coquimbo y Los Ríos este indicador se presenta sobre el promedio país (16,6% y 20,4% versus 15,1% del nivel nacional). Si se le suma el porcentaje de hogares que vive en viviendas con material irreparable, Tarapacá y Coquimbo duplican el 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*. El aumento en las tasas de incidencia, se observó a partir del año 2012, manteniéndose constante durante los años 2013 y 2014 (0,8 por 100.000 habitantes). En el primer semestre de 2015, la tasa acumulada fue de 0,3 por 100.000 hab. Con una letalidad de 27,3% probablemente explicada porque en más de 50% de los casos el diagnóstico clínico fue meningococcemia.

Dssde el año 2012, el serogrupo W ha desplazado al serogrupo B, agrupando 56% el año 2012, 75% en 2014 y 69% el primer semestre de 2015.

Como medida de control del aumento del serogrupo W, desde fines de 2012 y 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 hab., predominando el serogrupo B en estos grupos etarios.

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.

Actualmente se está llevando a cabo el proceso de actualización de la circular de vigilancia epidemiológica, por lo que se propone una nueva definición de caso, la que será difundida prontamente durante la alerta realizada por el aumento estacional esperado de la enfermedad, que se inicia con los meses fríos.

Nota: La información correspondiente a los años 2014 y 2015, podría ser modificada, debido al proceso de revisión y validación de las notificaciones. Por esta razón, la información aquí presentada podría ser diferente, respecto a la previamente informada.