



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

Datos provisorios, semanas epidemiológicas 1 a 39 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.

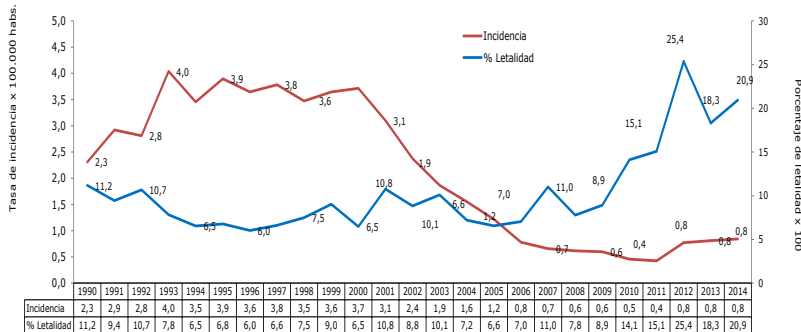
Actualmente se está trabajando con un grupo de expertos para cambiar la definición de caso de la Circular de Vigilancia, en base a la nueva evidencia obtenida con los estudios del serogrupo W.

[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



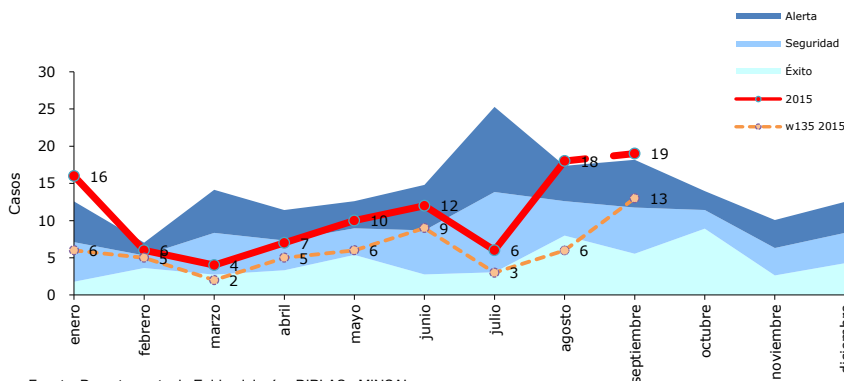
Fuente: Depto. de Epidemiología y DEIS - DIPLAS - MINSAL

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) 39 de 2015

Entre enero y septiembre de 2015, se han confirmado 98 casos de EM, alcanzando una incidencia de 0,5 casos por 100.000 hab. El número de casos observados, supera lo esperado, según la mediana quinquenal (n=85 casos), pero es inferior al mismo período del año 2014 (n=116 casos). En este periodo, la letalidad fue de 23%.

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

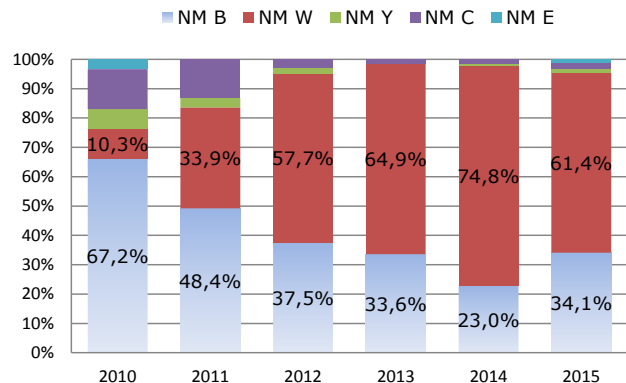


Fuente: Departamento de Epidemiología - DIPLAS - MINSAL

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, entre los meses de febrero a julio, los casos oscilaron entre la zona de seguridad y alerta. En agosto y septiembre, el canal se mantiene levemente sobre la zona de alerta, lo que podría indicar el aumento estacional esperado para este año, sin que esto constituya una situación de brote (gráfico 2).

Con relación a la caracterización por serogrupo, en Chile, los sergrupos C y W han causado brotes de distinta magnitud. El primero fue responsable de los brotes ocurridos durante 1999 y 2002 en las regiones del Biobío y de Aisén. Como medida de control, se realizaron campañas de vacunación con vacuna Polisacárida A-C-W-Y; medida eficaz para que ese serogrupo volviera a su presentación aislada y esporádica. Para controlar los brotes ocasionados por el segundo (W), también se realizaron campañas de vacunación; sin embargo, a diferencia de lo ocurrido con el serogrupo C, el serogrupo W sigue predominando (gráfico 3).

Gráfico 3: Distribución porcentual de casos de *Neisseria meningitidis*, según serogrupo. Chile, 2010- Septiembre



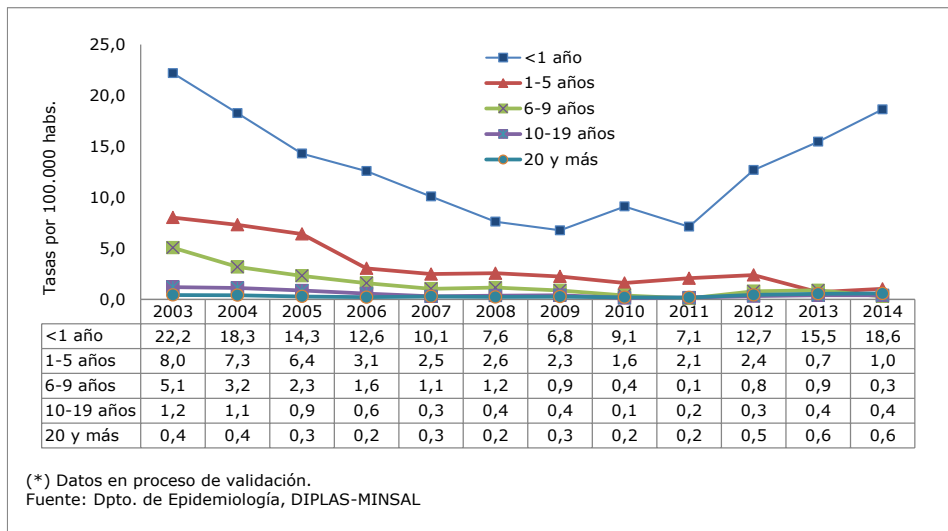
Fuente: Instituto de Salud Pública de Chile (ISP).

[Volver al Índice](#)

**Características de los casos**

Respecto a los riesgos según edad, el grupo etario de los menores de 1 año (sin intervención por la vacuna), ha presentado históricamente las tasas de incidencia más altas. 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 inició un ascenso en forma sostenida, hasta alcanzar el año 2014 una tasa similar a la observada en 2004. El resto de grupos etarios, presenta riesgos muy por debajo de los menores de 1 año (gráfico 4).

Gráfico 4: Tasas específicas de Enfermedad Meningocócica, por grupo etario. Chile, 2003-2014 (\*)



Si bien es cierto, como ya se mencionó el riesgo de contraer EM es mayor en los niños menores de 1 año, la introducción de la vacuna meningocócica conjugada produjo cambios en el perfil de los casos de esta enfermedad en Chile; evidenciándose la ocurrencia de casos por otros serogrupos o en niños no vacunados (tabla 1).

Tabla 1: Perfil de casos de Enfermedad Meningocócica, según esquema de vacunación y grupo etario afectado. Chile, 2013-2015

Año	Nº de casos	Esquema de vacunación	Perfil de los casos de Enfermedad Meningocócica en grupos vacunados
2013	17	grupo etario entre 9 meses y 4 años de edad	En la mayoría de casos del grupo etario entre 9 meses y 4 años de edad se aisló serogrupo B (no está contenido en la vacuna) y en 4 casos de niños < 1 de edad no vacunados, se aisló serogrupo W.
2014	15	Al año de edad (programática)	Grupo etario entre 1 y 6 años de edad: en 9 casos se aisló serogrupo B y en 6 casos W (4 no vacunados y 2 vacunados, uno con diagnóstico de leucemia y el otro sin antecedente previo de enfermedad).
2015	7	Al año de edad (programática)	Grupo etario entre 1 y 5 años: en 5 casos se aisló serogrupo B y todos estaban vacunados; adicionalmente, se confirmaron dos casos, en niños no vacunados.

Fuentes: Dpto. de Epidemiología (DIPLAS/MINSAL); Dpto. de Inmunizaciones (DIPRECE/MINSAL) e ISP de Chile

**Análisis regional**

Entre enero y septiembre de 2015, la tasa del país fue de 0,5 por cien mil hab., por sobre este valor se ubicaron las regiones de Valparaíso (1,1 por 100 mil habitantes), de Los Ríos y Metropolitana (0,7 casos por 100 mil hab.). Al igual que en 2014, no se han presentado casos en las regiones del extremo sur Aisén y Magallanes (tabla 2 y figura 1).

Tabla 2

Casos y tasas de Enfermedad Meningocócica, por región de residencia. Chile, 2014-2015

Región	Año 2015 (*)		Mediana de casos acumulada, hasta la SE 39. Años 2010-	Año 2014 (*)	
	Casos acumulados, semanas 01 a 39	Tasa de incidencia acumulada(**)		Total casos anuales	Tasa de incidencia anual (**)
Arica y Parinacota	1	0,4	0	0	0,0
Tarapacá	1	0,3	2	1	0,3
Antofagasta	4	0,6	3	7	1,1
Atacama	1	0,3	1	3	1,0
Coquimbo	3	0,4	2	4	0,5
Valparaíso	20	1,1	14	19	1,1
Metropolitana	48	0,7	50	88	1,2
O'Higgins	2	0,2	1	7	0,8
Maule	3	0,3	1	1	0,1
Biobío	7	0,3	6	7	0,3
Araucanía	3	0,3	2	2	0,2
Los Ríos	3	0,7	1	5	1,2
Los Lagos	2	0,2	1	4	0,5
Aisén	0	0,0	0	0	0,0
Magallanes	0	0,0	0	0	0,0
<b>Total País</b>	<b>98</b>	<b>0,5</b>	<b>85</b>	<b>148</b>	<b>0,8</b>

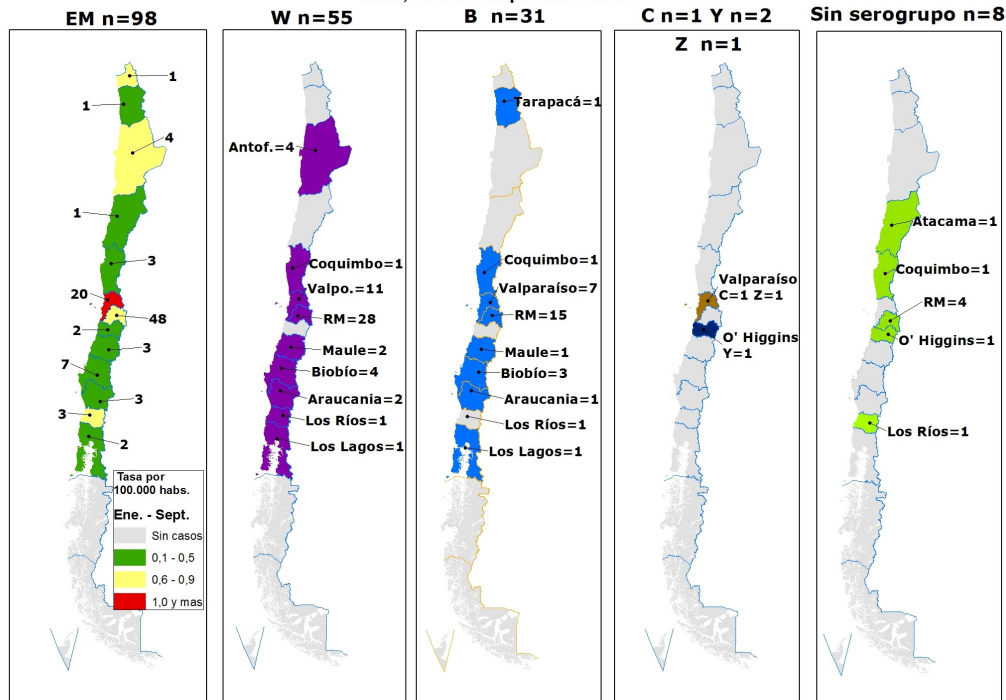
(\*) Datos provisorios, en espera de proceso de validación de datos.

(\*\*) por cien mil hab. y corregida usando la nueva proyección de población del INE.

Fuente: Departamento de Epidemiología/DIPLAS- MINSAL

Figura 1

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



\* Por fecha inicio de síntomas.

## 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 este período del 2015 son de la zona centro y sur: Valparaíso, Metropolitana y de Los Ríos.

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

- En hogares con hacinamiento crítico, ambas regiones presentan un valor levemente más bajo al promedio país (0,7% nivel nacional).
- El porcentaje de personas que consume tabaco el último mes, Valparaíso y Los Ríos se presentan bajo el índice nacional, con 38,2 y 26,5%, respectivamente (40,5% nivel nacional). (Fuente ENS 2009-2010, MIN-SAL)
- Otros determinantes sociales de la salud que podrían influir en el desarrollo de la enfermedad como la pobreza, Valparaíso coincide con el promedio nacional (15,1%), a diferencia de Los Ríos que este porcentaje es mayor (20,4%) (Casen, 2011). Si se le suma el porcentaje de hogares que vive en viviendas con material irreparable, ambas regiones están bajo el promedio país (0,7%) (Casen, 2009).

(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). Mientras que entre enero y septiembre de 2015, la tasa acumulada fue de 0,5 por 100.000 habs., con una letalidad de 23%, probablemente explicada porque en más de 50% de los casos el diagnóstico clínico fue meningococcemia.

Desde el año 2012, el serogrupo W ha desplazado al serogrupo B, agrupando 56% el año 2012, 75% en 2014 y 61% entre enero y septiembre 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, ya se evidencia una importante disminución en la incidencia en el grupo objetivo de vacunación y el predominio del serogrupo B.

Dado que esta enfermedad tiene medidas de control efectivas como la quimioprofilaxis (para evitar casos secundarios) y preventivas como la vacunación programática. Es por ello que se debe aplicar el bloqueo de contactos dentro de las *24 horas del inicio de síntomas del caso sospechoso* y reforzar la vacunación en los menores de 1 año de edad, según el 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.*