



## Boletín Epidemiológico Trimestral de Parotiditis (CIE 10 B26). Semana Epidemiológica 1 –13 (1 enero a 01 abril). Chile, 2017

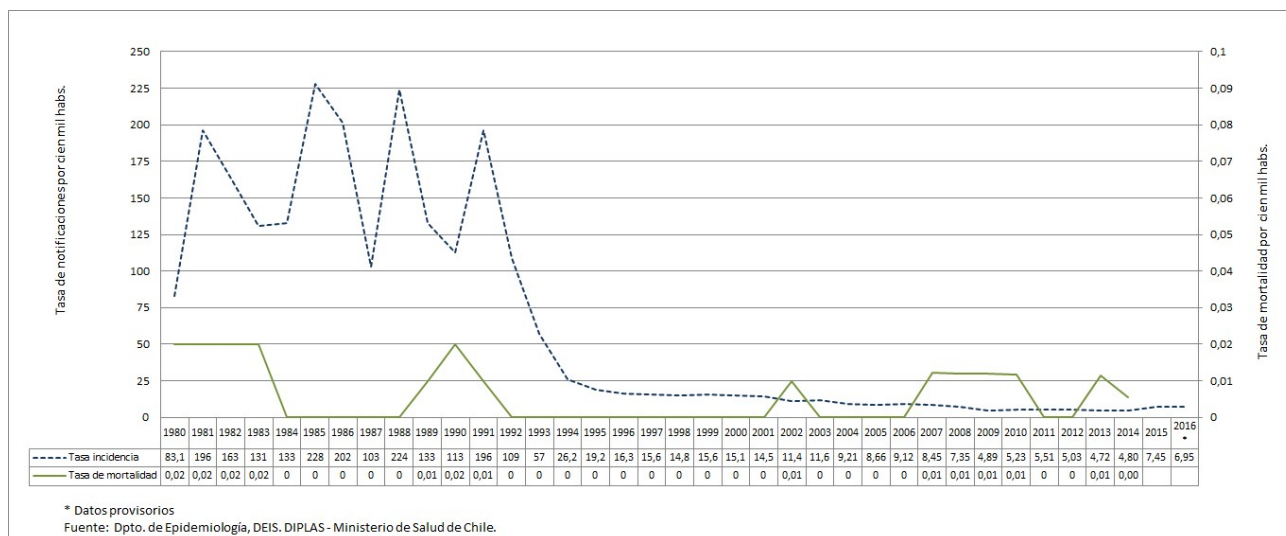
### Índice

- Situación epidemiológica
- Comentarios
- Recomendaciones

### Situación epidemiológica

Parotiditis es una enfermedad inmunoprevenible de distribución mundial y endémica en Chile. Previo a la introducción de la vacuna en 1990, la incidencia de la enfermedad se presentaba en ciclos que variaban entre 100 y 250 casos por cien mil habitantes (habs.) cada 3 a 5 años. Durante la década de los 90s, la incidencia cae por debajo de los 20 casos por cien mil habs. y desde el 2004 no supera los 10 casos por cien mil habs. Por su parte, la tasa de mortalidad se ha mantenido bajo los 0,01 casos por cien mil habs. en el período de 1990 a 2014, registrándose 14 fallecidos entre esos años (Figura Nº 1).

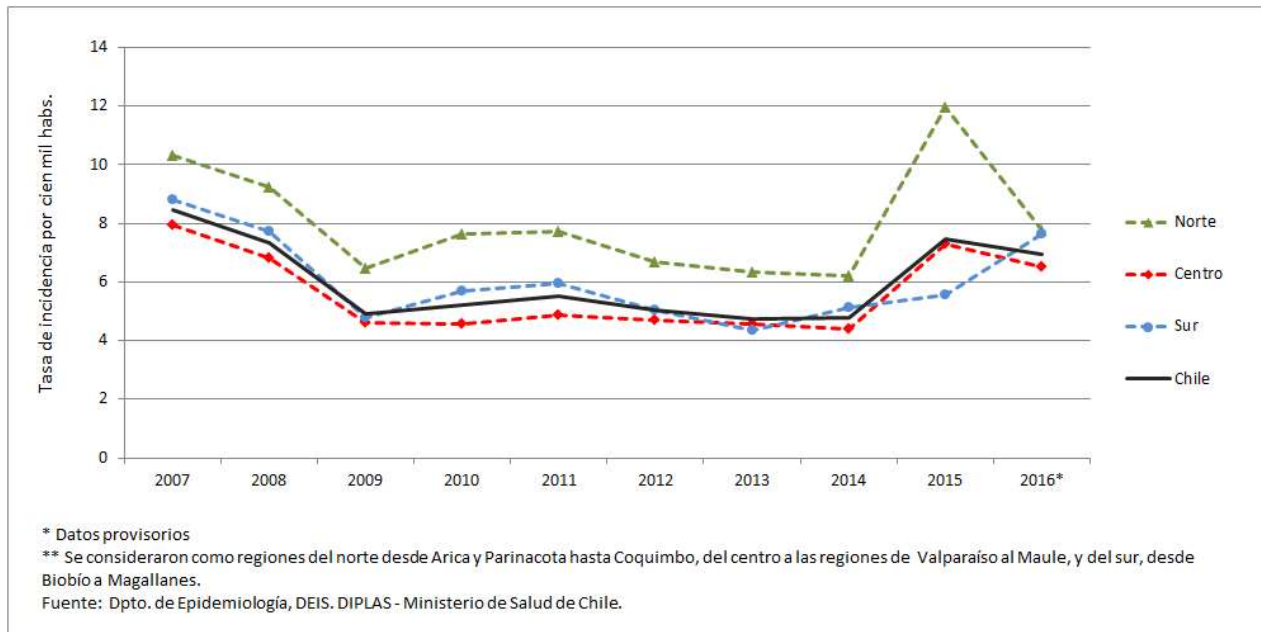
**Figura Nº 1: Tasa de notificaciones y mortalidad por parotiditis, Chile, 1980 –2016.**



En los años 2015 y 2016 se registraron aumento en las tasas de notificación de parotiditis en relación a la mediana 2010-2014, de 1,5 y 1,4 veces mayor a lo esperado, respectivamente.

En el año 2015, el aumento de casos se asoció a un brote epidémico en población adulta de la región de Tarapacá, pero también a alzas en las regiones Metropolitana, Atacama y Magallanes. Por su parte, en el año 2016, las regiones con aumento de casos con relación a la mediana 2010-2014, fueron Tarapacá, Antofagasta, Coquimbo, Metropolitana, Biobío, Los Lagos y Magallanes.

**Figura N° 2: Tasas de notificación (incidencia) de parotiditis, Chile, periodo 2007-2016\*\***



Para la realización del presente informe, en consideración de este aumento de casos observado durante los años 2015 y 2016, se decide usar como período de comparación, el comprendido entre los años 2010 y 2014, período que además, presentó una alta estabilidad (desviación estándar de 0,32 casos por cien mil hab.).

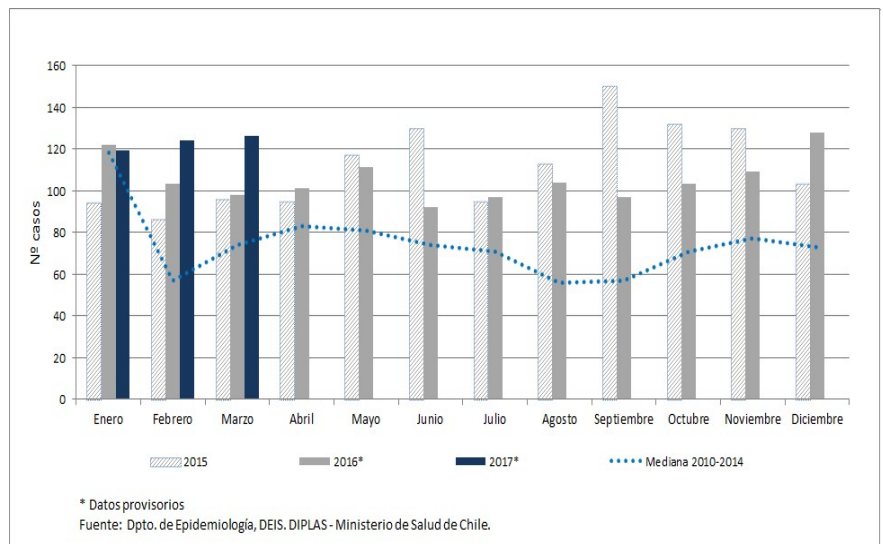
**Situación epidemiológica año 2017, a la SE N° 13**

Al primero de abril, se habían notificado 369 casos de parotiditis en el país, cifra 15% superior a lo notificado a igual fecha durante el año 2016, pero 1,7 veces mayor a la mediana 2010-2014. Las notificaciones se han distribuido de manera uniforme durante los meses de enero a marzo (Figura N°3). La región Metropolitana da cuenta del 45,8% de los casos, seguido por las regiones de Biobío y los Lagos, con el 10% y 9,2% de los casos, respectivamente.

**Figura N° 3, Notificaciones mensuales de parotiditis, Chile, 2015-2017**

De igual manera, la tasa de notificación del primer trimestre del 2017, a nivel país, es levemente superior a la observada en el primer trimestre del 2016 y 1,6 veces mayor a la tasa de la mediana 2010-2014 (Tabla N° 1).

La región de Los Lagos es la región con la mayor tasa del país durante este período, mostrando un aumento de 3,4 veces en relación con la tasa del 2016 y de 3,6 veces en relación con la mediana 2010-2014. Las demás regiones con tasas 1,5 veces superiores a lo esperado, son las regiones de Arica y Parinacota, Coquimbo, Metropolitana, Del Maule y Los Ríos.



**Tabla N° 1: Casos y tasas de parotiditis por región, Chile SE 1 a la 13, años 2016, 2017 y mediana 2010-2014**

	2016*		Mediana 2010-2014#		2017*	
	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**	Casos	Tasa**
Arica y Parinacota	0	0,0	4	1,8	7	2,8
Tarapacá	26	7,5	11	3,6	8	2,3
Antofagasta	12	1,9	9	1,5	10	1,6
Atacama	6	1,9	7	2,3	5	1,6
Coquimbo	9	1,1	6	0,8	10	1,3
Valparaiso	11	0,6	18	1,0	25	1,3
Metropolitana	143	1,9	86	1,2	169	2,3
O'Higgins	9	1,0	9	1,0	7	0,7
Del Maule	21	2,0	14	1,4	27	2,6
Biobío	52	2,4	25	1,2	37	1,7
Araucanía	10	1,0	17	1,7	18	1,8
Los Ríos	5	1,2	5	1,3	9	2,2
Los Lagos	10	1,2	9	1,1	34	4,0
Aysén	1	0,9	2	1,9	1	0,9
Magallanes	6	3,6	1	0,6	2	1,2
<b>País</b>	<b>321</b>	<b>1,8</b>	<b>216</b>	<b>1,3</b>	<b>369</b>	<b>2,0</b>

# Se excluyen años 2015 y 2016 por presentar tasas anuales 1,4 veces mayores a la mediana 2010-2014, considerándose ambos años como un aumento inusual de casos.

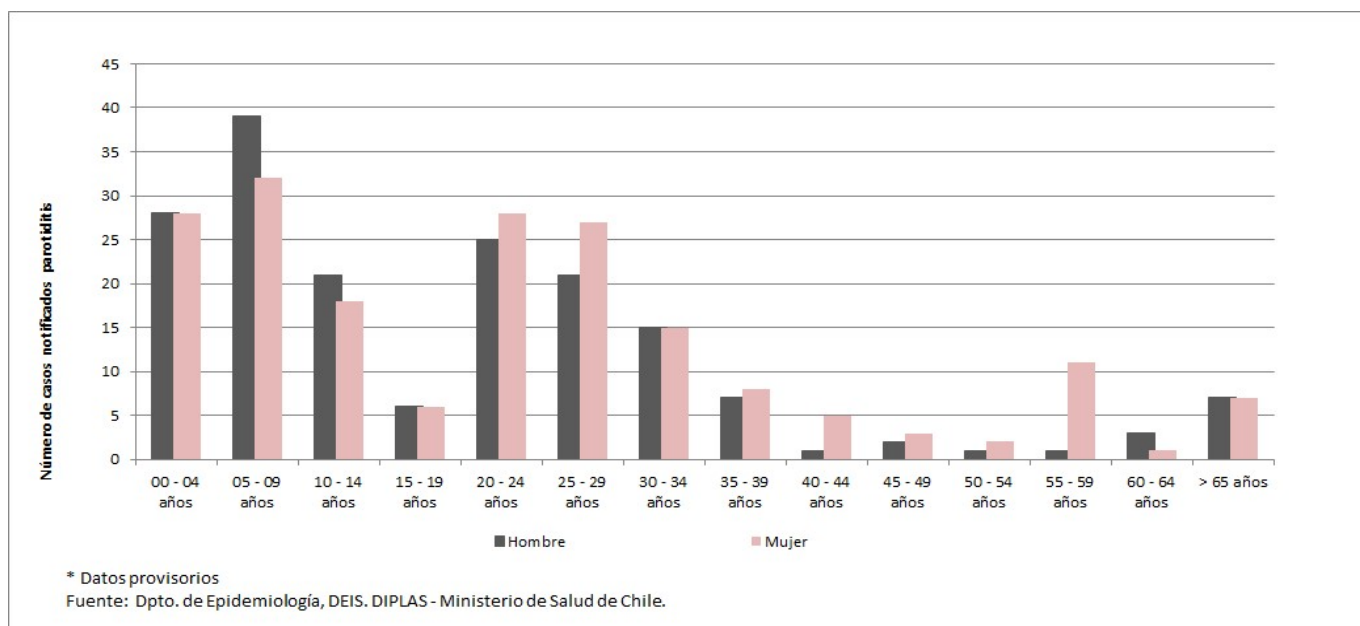
\*Datos Provisorios

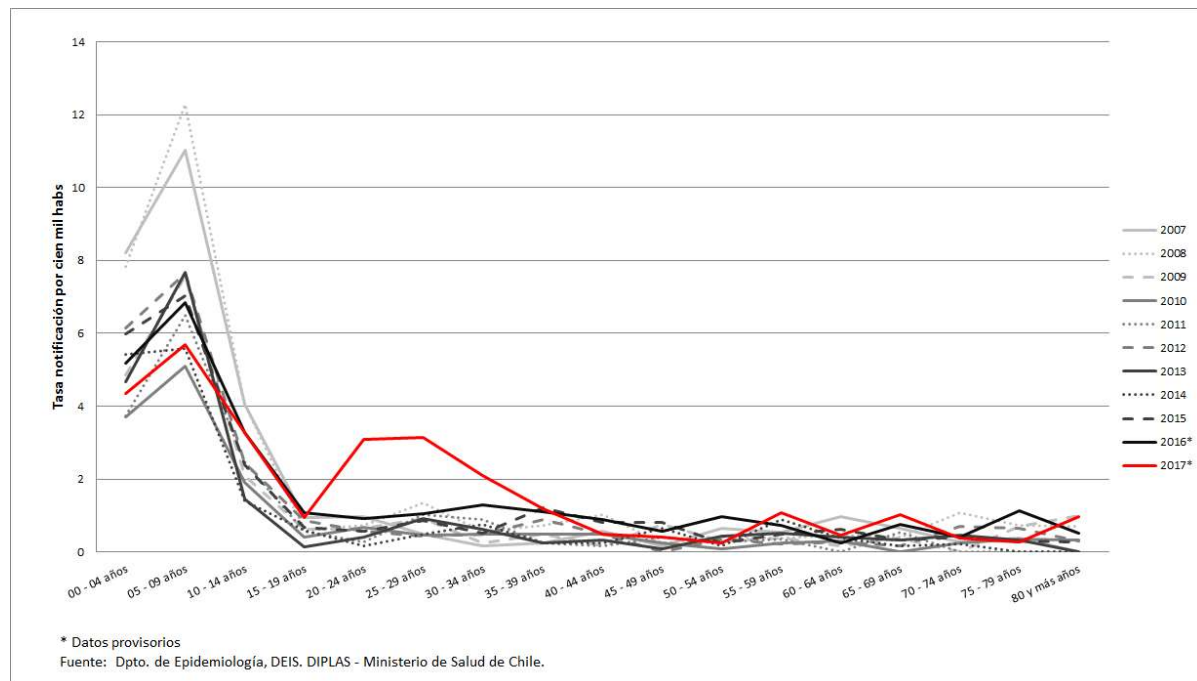
\*\* Tasa por cien mil habitantes

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

El 52% de los casos notificados fueron mujeres. En cuanto a su distribución por grupo etario, se observó dos picos de edad. El primero correspondió a los menores de 15 años, en tanto, el segundo incluyó a los adultos entre 20 y 34 años. Ambos afectaron tanto a hombres como mujeres. Pudo observarse, además, un aumento de casos en mujeres de 55 a 59 años (Figura N° 4). Esta curva se diferencia con la distribución de la enfermedad por grupo de edad observada en los diez años previos, en la que entre el 58% y 75% de los casos fue menor de 15 años, y entre el 9% y el 18% se encontraba entre los 20 y 34 años. Para el primer trimestre del 2017, el 45,0% de los casos fue menor de 15 años, en tanto, que el 35,5% de los casos se encuentra entre los 20 y 34 años.

**Figura N° 4: Número de casos notificados de parotiditis, según quinquenio de edad y sexo. Chile 2017\***



**Figura N°5: Tasas de notificación de parotiditis por quinquenio de edad. Chile, 2007-2017**

Este aumento de casos puede objetivarse en las tasas de notificación por quinquenio de edad, donde se observa un mayor riesgo entre los 20 y 34 años, en comparación con lo observado en el primer trimestre entre los años 2007 y 2016. Para todos los demás grupos de edad, las tasas se encuentran en el rango de lo observado durante ese periodo (Figura N°5). Las regiones que muestran un aumento de casos entre los 20 y 34 años, comparadas con la mediana del primer trimestre 2010-2014, son las regiones de Valparaíso, Metropolitana, Biobío, Araucanía y Los Lagos.

Las comunas con mayor número de casos de parotiditis entre los 20 y 34 años, son las comunas de Las Condes (n=23), Puerto Montt (n=8), Vitacura (n=8) y Santiago. En las 13 primeras semanas del año, el máximo de casos observado en una misma comuna entre el 2010 y el 2016 fue de 4 casos de parotiditis en ese grupo.

El porcentaje de casos notificados con confirmación por laboratorio, varió entre el 2010 y el 2016 entre 0,7% a 7,1%, siendo el máximo observado en el año 2014. En el primer trimestre del 2017, el porcentaje de casos que refieren confirmación por laboratorio fue de 6,8%. En el grupo de 20 a 34 años, durante el 2017, este porcentaje aumenta a 10,7%.

De los casos notificados en el año 2017, el 99,7% corresponde a parotiditis sin complicaciones (código CIE-10 B26,9). Esto es similar a lo observado en los años anteriores.

## Comentarios

Durante el año 2015 y 2016, se observa un aumento de las notificaciones de parotiditis en el país que mantiene la distribución por edades que caracterizó a la enfermedad en la última década, aunque con cierta tendencia al aumento relativo de los mayores de 20 años, y que no supera los 10 casos por cien mil habitantes como las tasas previas al año 2004. Este aumento podría relacionarse con los ciclos propios de la enfermedad, en un contexto de baja endemia, como consecuencia de la incorporación de la vacuna trivalente al Programa Nacional de Inmunizaciones, a partir del año 1990.

En el año 2015, por su parte, en la región de Tarapacá, se registró un brote epidémico en población adulta (rango de edades de 17 a 42 años; mediana 20,5 años), que afectó a 80 personas, entre los meses de agosto y noviembre. El brote fue asociado a una institución de las fuerzas armadas.

Por su parte, en el primer trimestre del año 2017, a esta tendencia, se agrega un aumento de casos en el grupo de 20 a 30 años y en menor medida entre los 31 y los 34 años, en 5 regiones del país, con un 10,7% de los casos confirmados por laboratorio, de acuerdo a los registros. La gran mayoría de los casos con enfermedad autolimitada y sin complicaciones.

El Programa Ampliado de Inmunizaciones, incorporó la vacuna contra la parotiditis a los 12 meses desde el año 1990, por lo tanto, habrían tenido acceso a esta intervención, la población que actualmente tiene 28 o menos años. La cepa vacunal utilizada en esa fecha corresponde a Urabe Am9, cambiándose en el año 2010 a la cepa Leningrado-Zagreb. Sin embargo, previo al 2010, se desconoce si la cepa mencionada fue la usada todos los años.

De acuerdo a la información disponible por el Departamento de Estadísticas e Información en Salud del Ministerio de Salud de Chile, las coberturas de vacuna trivirica (sarampión, rubeola y parotiditis) entre el 2005 y el 2012, estuvieron entre 87,5% y 93,5% para la primera dosis, y entre 71,4% y 91,4% para el refuerzo.

Aumentos similares al observado, han sido reportados previamente en países como Estados Unidos, Reino Unido, Bélgica y República Checa, siendo asociados a caídas en la inmunidad adquirida de la población por falta de refuerzo natural como consecuencia de la reducción de la circulación del virus de la parotiditis, en contexto de altas coberturas de inmunización. Los gatillantes habitualmente mencionados corresponderían a asistencia a colegio, universidad o instituciones militares, en algunos casos desde zonas rurales a zonas urbanas.

## Recomendaciones

- 1) Reforzamiento de la vigilancia epidemiológica de parotiditis, de acuerdo a lo establecido en el Decreto N°158/2005 y la Circular N° B51/19 del 25 de julio de 2008.
- 2) Monitoreo de la evolución de la situación epidemiológica general y en el grupo de 20 a 34 años, en todas las regiones del país.
- 3) En regiones que presenten aumentos de casos mencionados, caracterización de los casos nuevos notificados que se encuentren en el rango de edad de 20 a 34 años, e investigación epidemiológica de aquellos provenientes de las comunas con exceso de casos.
- 4) Fortalecimiento del Programa Nacional de Inmunizaciones, específicamente en los referente a la cobertura de vacuna trivirica en primera dosis y su refuerzo.
- 5) Recomendaciones a la población de acuerdo a lo establecido en la circular de vigilancia epidemiológica de parotiditis antes mencionada.

## Referencias

- Hviid A, Rubin S, Mühlemann K. Mumps. Lancet 2008; 371: 932-44
- Galazka AM, Robertson SE, Kraigher A. Mumps and mumps vaccines: a global review. Bulletin of World Health Organization, 1999, 77 (1)
- Heymann D. 2011. El control de las enfermedades infecciosas. 19ª -edición. Publicación científica y Técnica N° 635. OPS. Washington D.C.
- Cohen Ch, White J, Savage E, Glynn J, Choi Y, Andrews A, Brown D, Ramsay M. Vaccine Effectiveness Estimates, 2004-2005 Mumps Outbreak, England. Emerging Infectious Diseases • www.cdc.gov/eid • Vol. 13, No. 1, January 2007
- Boxall N, Kubínyiová M, Příkazský V, Beneš C, Cástková J. An increase in the number of mumps cases in the Czech Republic, 2005-2006. Euro Surveill. 2008;13(16):pii=18842. Available online: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=18842>
- Bag S, Dey A, Wang H, Beard F. Australian vaccine preventable disease epidemiological review series: mumps 2008-2012. CDI Vol 39 No 1 2015
- Barskey A, Glasser J, Le Baron Ch. Mumps resurgences in the United States: A historical perspective on unexpected elements. Vaccine 27 (2009) 6186-6195
- Braeye T, Linina I, De Roy R, Hutse V, Wauters M, Cox P, Mak R. Mumps increase in flanders, Belgium, 2012-2013: results from a temporary mandatory notification and study among university students. Vaccine 32 (2014) 4393-4398

©  
Departamento de Epidemiología  
<http://epi.minsal.cl>  
División de Planificación Sanitaria  
Ministerio de Salud de Chile

Informe a cargo de: Sergio Loayza Saldivia  
[sloayza@minsal.cl](mailto:sloayza@minsal.cl)  
Edición a cargo de: Patricia Salvadó Verches.  
[patricia.salvado@minsal.cl](mailto:patricia.salvado@minsal.cl)