



ANTECEDENTES:

La parotiditis infecciosa o paperas, es una enfermedad infecciosa viral e inmunoprevenible, que se encuentra ampliamente distribuida por el mundo. La enfermedad se caracteriza por la inflamación y aumento de volumen de las glándulas salivales, especialmente las parotídeas, asociado a un cuadro febril generalmente benigno y auto limitado.

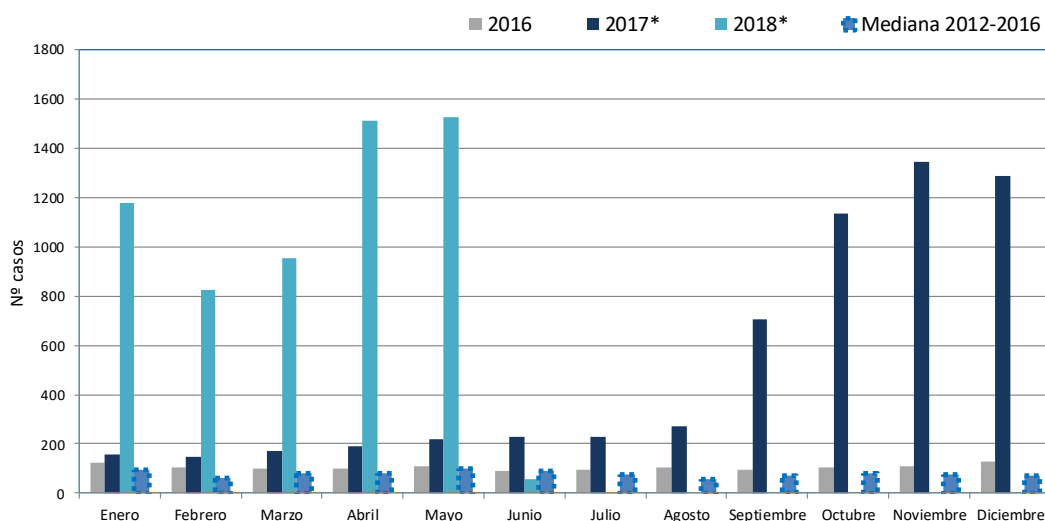
El único reservorio es el ser humano. El virus se transmite principalmente por vía respiratoria, a través de gotitas, pero también por contacto directo a través de fómites. El periodo de incubación generalmente dura entre 16 y 18 días. El periodo de transmisibilidad puede empezar una semana antes del inicio de síntomas y prolongarse hasta una semana después del inicio de síntomas.

La enfermedad es benigna en la gran mayoría de los casos y auto limitada, razón por la cual el tratamiento suele ser sintomático.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA NACIONAL:

Hasta la semana epidemiológica (SE) N° 22 del presente año (que termina el 02 de junio de 2018), a nivel nacional se han notificado un **total de 6.043 casos de parotiditis**; (tasa 33,1 casos por cien mil hab). Esta enfermedad, presenta un brote epidémico que se evidencia a partir del mes de agosto de 2017, registrándose un máximo 1.525 casos en el mes de mayo de 2018. A la misma fecha del año 2017, se registraron 945 casos con una tasa de 5,1 por cien mil hab.

Figura. 1: Distribución de casos de parotiditis según mes y año de inicio de síntomas. Chile, años 2016 al 2018* y mediana 2012 – 2016.



* Datos provisorios

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

A nivel nacional se presenta un brote epidémico de parotiditis, con alta intensidad de notificación en las regiones del sur del país; desde Araucanía a Magallanes, pero principalmente en Los Lagos que a la fecha presenta la mayor tasa del país con 179,3 casos por cien mil hab.

Las regiones Metropolitana y Valparaíso continúan con la situación de brote iniciado durante el segundo semestre de 2017 (Tabla 1 y Gráfico 2).

Tabla. 1: Distribución de casos y tasas de parotiditis según región de notificación. Chile, años 2017 y 2018, SE 1 - 22.

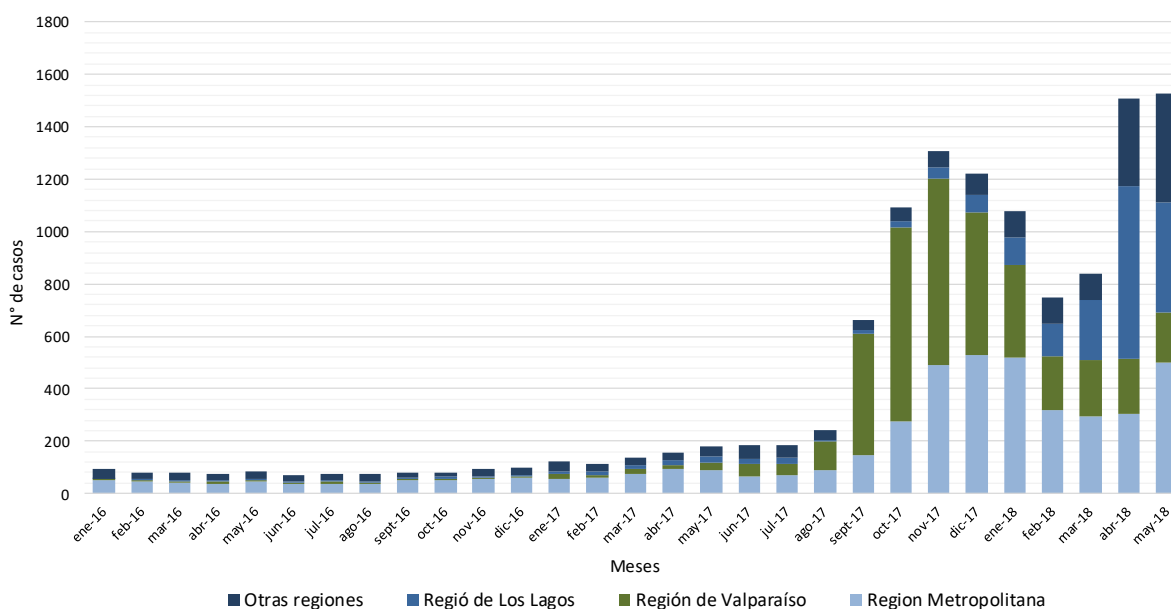
REGIÓN	SE 1 - 22 año 2017		Mediana acumulada 2012-2016 a la SE 22		SE 1 - 22 año 2018**	
	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*	Casos	Tasa*
Arica y Parinacota	14	5,7	0	0,0	8	3,2
Tarapacá	21	6,0	25	7,9	84	23,3
Antofagasta	16	2,5	14	2,3	48	7,4
Atacama	8	2,5	4	1,3	18	5,5
Coquimbo	21	2,6	10	1,3	31	3,8
Valparaíso	105	5,6	22	1,2	1.189	63,4
Metropolitana	392	5,2	178	2,5	1.971	26,1
O'Higgins	22	2,4	8	0,9	103	10,9
Del Maule	65	6,1	23	2,2	131	12,3
Biobío	110	5,1	47	2,3	324	15,0
Araucanía	47	4,7	13	1,3	298	29,6
Los Ríos	21	5,1	9	2,3	184	44,6
Los Lagos	95	11,1	5	0,6	1.541	179,3
Aisén	3	2,7	0	0,0	45	40,5
Magallanes	5	3,0	1	0,6	68	40,7
País	945	5,1	425	2,4	6.043	33,1

* Tasa por cien mil habitantes

** Datos Provisorios

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

Gráfico. 2: Distribución de casos de parotiditis, según región de notificación y mes de inicio de síntomas. Chile, años 2016 - 2018*.

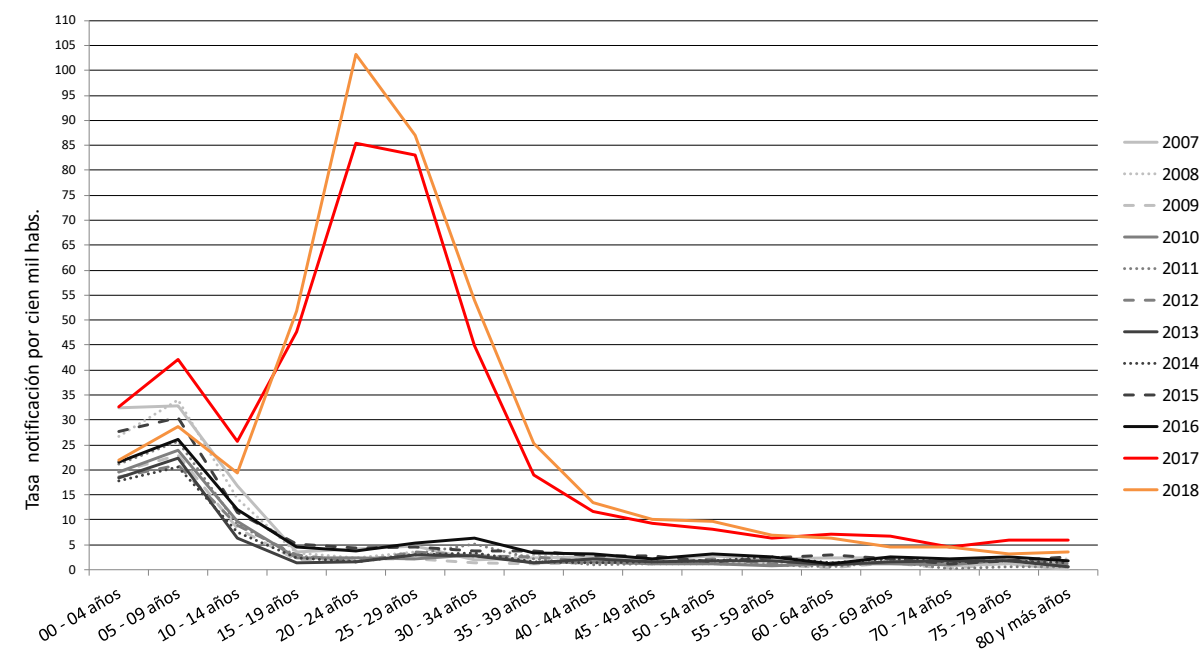


* Datos provisorios

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

Tanto en el año 2017 como en el presente año, el mayor riesgo lo representa el grupo etario entre los 15 y los 39 años, lo cual indica un cambio respecto al grupo etario en el que históricamente se presentaba la enfermedad, que era el grupo entre los 0 y los 14 años (Gráfico 4). En cuanto a sexo, se observa un mayor porcentaje de casos en hombres (60%), influenciado probablemente por los brotes ocurridos en instituciones militares o cárceles de hombres.

Gráfico. 3: Tasas de parotiditis según grupos etarios quinquenales y año de inicio de síntomas. Chile, periodo 2007 - 2018*.



* Datos provisionales
Fuente: Dpto. de Epidemiología, DEIS. DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile.

MEDIDAS ADOPTADAS

A nivel nacional, se han tomado las siguientes medidas:

- Refuerzo de la vigilancia en todos los establecimientos de salud del país la notificación oportuna de los casos, manejo de brotes, estudio de laboratorio y de los casos y uso de vacunas (través de Ord. N° 4149 del 26 de octubre de 2017)
- Aplicación de vacuna a contactos de casos en instituciones con población cerradas que han presentado brotes.
- Elaboración de estrategia de comunicación de riesgos para la difusión de medidas de prevención dirigidas a la comunidad.
- Difusión permanente de la situación epidemiológica.
- Análisis de la situación en contexto de comité de brotes con participación de Sociedad Chilena de Infectología y el Comité Asesor de Vacunas e Inmunizaciones (CAVEI).

Además, a nivel regional, se han realizado distintas estrategias para el enfrentamiento de brotes, tales como:

- Refuerzo de las medidas de prevención de parotiditis dirigidos a la comunidad, a través de comunicados de prensa y elaboración de material gráfico.
- Coordinación con representantes de instituciones afectadas, para entregar recomendaciones específicas para la prevención y control de la parotiditis
- Vacunación a grupos de susceptibles identificados en brotes que han afectado a grupos cerrados
- Análisis etiológico por medio del envío de muestras a Instituto de Salud Pública para diagnóstico etiológico viral

MEDIDAS DE PREVENCIÓN

La principal medida de prevención de la parotiditis es la vacunación con la vacuna trivírica (Sarampión, Rubeola y Parotiditis), según el programa nacional de inmunizaciones (PNI). En Chile se aplican 2 dosis; a los lactantes de 12 meses y un refuerzo en primero básico.

Otras medidas tendientes a evitar la aparición de brotes de parotiditis son:

- Aislamiento de los enfermos para evitar el contacto de estas con personas susceptibles. La medida debe considerarse por 7 días desde el inicio del cuadro clínico.
- Lavado de manos frecuente.
- Desinfección de artículos que puedan estar contaminados con secreciones nasales y faríngeas.
- Vacunación de expuestos en recintos cerrados, de acuerdo evaluación de la Autoridad Sanitaria Regional

HIPÓTESIS:

Las hipótesis que se han planteado respecto del aumento de casos, concuerdan en la posibilidad de varios mecanismos que determinan una acumulación de susceptibles y la presencia de factores desencadenantes. Por un lado, está la población que no adquirió inmunidad durante la niñez, correspondiente a población no vacunada o poblaciones donde la vacunación no presentó la efectividad esperada, y que además, no tuvieron contacto natural con el virus. Se debe considerar también las generaciones inmediatamente anteriores a la incorporación de la vacuna al Programa Nacional de Inmunizaciones (PNI), que sin ser vacunados, crecieron en un período de disminución de circulación viral, bajando sus probabilidades de encontrar naturalmente al virus.

El otro fenómeno que estaría relacionado con el aumento de susceptibles, podría ser la caída en la inmunidad adquirida con el uso de una o dos dosis de la vacuna. De manera paradójica, este fenómeno podría también verse explicado por la baja en la circulación del virus y su efecto de refuerzo inmunológico en personas vacunadas. Esto explicaría el que muchos de los brotes observados en población adulta joven, se den en países con altas coberturas de vacunación. Refuerza este factor, además, el que en países con registros de inmunización nominales de larga data, efectivamente confirmen casos en población con hasta dos dosis.

El genotipo circulante y su concordancia con la cepa de la vacuna usada, también se ha mencionado como un factor relacionado con la susceptibilidad a enfermar, no obstante, existe poca información al respecto en la literatura. En Chile se han usado desde 1990, dos cepas de vacuna contra el virus de la parotiditis, Urabe-09 (genotipo B) y L-Zagreb (genotipo N). El hallazgo de circulación de virus con genotipo G, en ausencia de análisis previos al inicio del brote, no permiten obtener conclusiones respecto de la participación de esta variable en el aumento de casos. Sería necesario tener, al menos, un mayor número de casos analizados para poder inferir o plantear algunas hipótesis.

Por último, ha sido documentada la existencia de factores desencadenantes de brotes epidémicos en países desarrollados. Especial referencia se hace a la existencia de agregaciones de susceptibles en ámbitos académicos, militares y penitenciarios.