

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO TRIMESTRAL
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA
SE 1 – 13 AÑO 2019

Departamento de Epidemiología



RESUMEN

- En el primer trimestre del año 2019 se confirmaron 7 casos de Enfermedad Meningocócica, inferior a lo esperado según mediana quinquenal (n=19).
- La tasa de incidencia alcanza un 0,04 por 100.000 habitantes.
- Un solo caso está fallecido, por lo tanto, la letalidad alcanza un 15%.
- Del total de casos, cuatro son varones y 3 mujeres. El rango de edad es entre menores de 1 mes y 74 años.
- En el año 2014 se incorporó la vacunación antimeningocócica (A-C-W-Y) en forma programática, alcanzando coberturas de 95,5% en el 2018 (1ª dosis), disminuyendo el riesgo en los menores de 5 años.

MÉTODO

Esta vigilancia está reglamentada por el Decreto Supremo (D.S.) N° 158/2019 y la Circular B51/N°08 del 17/08/2017. El cambio de normativa establece una nueva definición de caso sospechoso que incluye a: persona de cualquier edad que presenta fiebre $>38^{\circ}\text{C}$ o hipotermia ($<36^{\circ}\text{C}$) de inicio rápido, asociado a uno de los siguientes cuadros clínicos: compromiso del estado general o síndrome séptico o síndrome meníngeo o erupción cutánea petequiral o purpúrica (1).

Los criterios de laboratorio para confirmación son aislamiento de *Neisseria meningitidis* por medio de cultivo (Líquido Céfalo Raquídeo, sangre u otro fluido, o tejido de sitio normalmente estéril) o por técnica PCR-RT (muestras de LCR o sangre), realizadas en el Instituto de Salud Pública (ISP). El diagnóstico de los casos que no tienen confirmación de laboratorio, debe ser ratificado por expertos clínicos.

Para el ingreso de notificaciones en esta vigilancia, el registro es el “Formulario de Notificación de EM – MB y *H. influenzae* tipo B” y se utiliza la base de datos de notificación *on line* (lenguaje PHP) del Departamento de Epidemiología en donde se ingresan todos los casos sospechosos notificados desde las SEREMI de Salud y que son clasificadas para EM (confirmados o descartados). Esta vigilancia se relaciona con la de Meningitis Bacteriana (Circular B51 N°09 del 6/02/2009), donde también incluye a otros agentes: *S. pneumoniae*, *Streptococo* o *H. influenzae* o *L. monocytogenes*. Este año se utiliza en forma paralela el EPIVIGILA, que se encuentra en su fase piloto, sistema que integra la información de la notificación de todas las enfermedades sujetas a vigilancia, según D.S. N° 158/2004 (1).

Para el análisis descriptivo por tiempo, lugar y persona se utiliza Microsoft Excel versión 2016, se analiza según semana epidemiológica y se actualizan indicadores: canal endémico, distribución por sexo y grupos de edad, serogrupos, diagnóstico clínico, otros. Además, esta vigilancia es parte de la evaluación permanente de indicadores de calidad (Compromiso de Gestión); por lo tanto, además de los indicadores propios de la vigilancia, se monitorea mensualmente la oportunidad del tratamiento realizado a los contactos, dentro de las 24 horas desde la notificación de un caso de Enfermedad Meningocócica por el establecimiento de salud.

Con relación a la Ley N° 20.584 que “Regula los derechos y deberes que tienen las personas con acciones vinculadas a su atención en salud”, este informe no vulnera esta ley, debido a que utiliza datos que se recogen dando cumplimiento a su rol según las siguientes leyes previas: DFL N° 1/2005 del MINSAL y Ley N° 19.628 sobre datos sensibles.

SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

1. Magnitud y gravedad.

En Chile, la Enfermedad Meningocócica (EM) se presenta como baja endemia (incidencia < 1 por 100.000 hab.) (2), con un descenso sostenido de las tasas de incidencia entre los años 2001 y 2011, que no se relacionan con alguna intervención específica (figura 1). En el año 2012 se presentó un aumento de casos, con una tasa que duplicó a la observada en el año anterior y que se explicó por el cambio en el agente etiológico (*Neisseria meningitidis*) con el resurgimiento del serogrupo W, que se mantuvo en alza hasta mediados del año 2013 (figura 1), para luego disminuir de 0,7 a 0,4 por 100.000 habitantes, entre el 2015 al 2018, siendo el más bajo durante el último año.

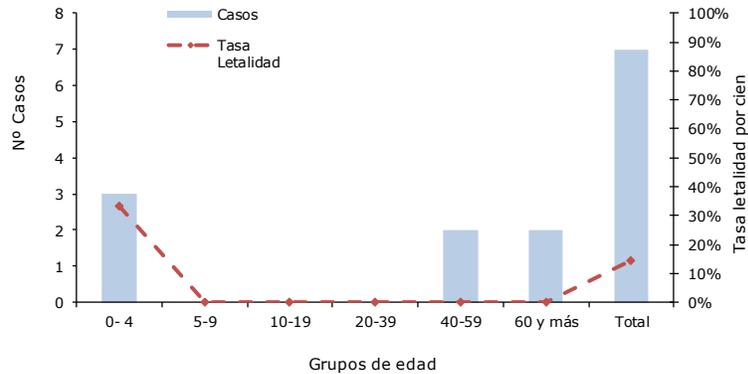
Regularmente, la letalidad de la enfermedad se aproximaba al 10%, pero desde el año 2010 en adelante tuvo un aumento sostenido y se mantuvo en niveles altos, hasta alcanzar un 28% durante 2012 y 2015. Sin embargo, en el año 2018 la letalidad fue de un 18%, la más baja de los últimos cuatro años (figura 1).

Figura 1. Incidencia y Letalidad de Enfermedad Meningocócica por año. Chile, 1990 a 2018.



Fuente: Departamento de Epidemiología, DIPLAS, MINSAL.

El dato de los egresos hospitalarios por Enfermedad Meningocócica, se encuentra disponible desde el año 2001 al 2017. La tendencia del total de casos coincide con los datos de vigilancia, con un marcado descenso a partir del año 2001, hasta el 2008 donde se mantienen menos de 100 casos por año. El grupo de edad predominante hasta el 2012 (alrededor del 50%), son los menores de 4 años, sin embargo, desde el 2013 en adelante, baja la proporción alrededor a un tercio del total de casos hospitalizados por esta causa y se observa un aumento considerable en las edades de 20 años y más (Figura 2)(2).

Figura 2. Casos de Enfermedad Meningocócica y tasa de letalidad. Chile, SE 1 – 13, 2019

Fuente: Departamento de Epidemiología, DIPLAS, MINSAL.

2. Caracterización de los casos

En el primer trimestre de 2019, la distribución de los casos son 4 varones y 3 mujeres. El rango de edad oscila entre 0 y 74 años. Al analizar el riesgo por edad, el grupo de menores de 1 año ha presentado históricamente las incidencias más altas, con una tasa de 6,1 por cien mil niños para el año 2018 (2).

En este periodo se confirmó solo un niño en edad objetivo de vacunación, sin embargo, resultó ser B, serogrupo que no está contenido en la vacuna.

Según clasificación diagnóstica, cuatro casos son meningococemia (A39.2*) y otras dos meningitis meningocócicas (A39.0*). Uno de los casos fue clasificado como A39.8*.

(*) Códigos CIE-10.

3. Serogrupos identificados

Con relación a la caracterización por serogrupos, el W inició un franco predominio a partir del año 2012 y continuó siendo el más prevalente hasta el año 2017 (62% del total de casos confirmados). Sin embargo, esta situación cambió en el año 2018 cuando concentró menos del 50% de los casos seroagrupados. Esta tendencia continúa en el primer trimestre de 2019, con 5 casos confirmados como B y solo 2 W. Hasta la fecha, el 100% de los casos tienen confirmación de laboratorio en el ISP por cultivo o técnica PCR, en una relación de 4/1.

4. Análisis regional

En el primer trimestre del año 2019, la tasa de incidencia nacional alcanzó 0,04 por cien mil hab. A nivel regional, solo 6 de las 16 regiones presentan casos a la fecha, siendo la Región Metropolitana la que presenta dos casos; el resto solo un caso aislado (Tabla 1 y Figura 3).

Tabla 1. Casos y tasas de Enfermedad Meningocócica por Región de Residencia. Chile, SE 1 a 13 de 2019

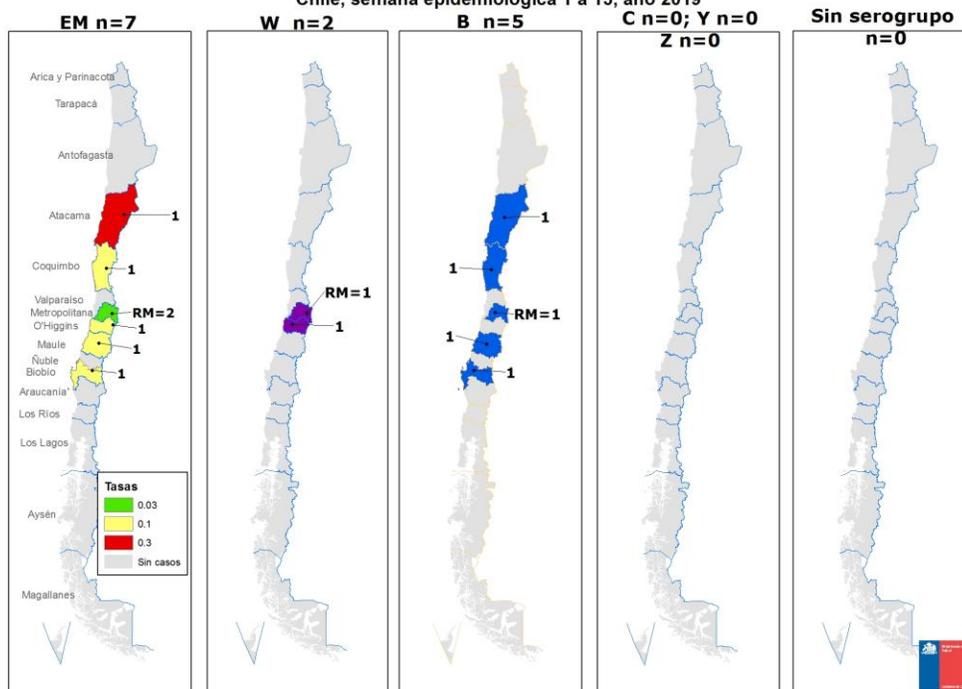
Región	Año 2019(*)		Mediana de casos acumulados, años 2014-2018	Año 2018	
	Total casos anuales	Tasa de incidencia (*)		Total casos anuales	Tasa de incidencia anual (*)
Arica y Parinacota	0	0,0	0	0	0,0
Tarapacá	0	0,0	0	4	1,1
Antofagasta	0	0,0	0	1	0,2
Atacama	1	0,3	0	1	0,3
Coquimbo	1	0,1	1	5	0,6
Valparaíso	0	0,0	3	6	0,3
Metropolitana	2	0,03	7	38	0,5
O'Higgins	1	0,1	1	4	0,4
Maule	1	0,1	1	6	0,6
Ñuble	0	0,0	0	0	0,0
Biobío	1	0,1	0	1	0,06
Araucanía	0	0,0	0	4	0,4
Los Ríos	0	0,0	1	2	0,5
Los Lagos	0	0,0	1	4	0,5
Aisén	0	0,0	0	0	0,0
Magallanes	0	0,0	0	2	1,2
País	7	0,04	19	78	0,4

(*) por cien mil hab.

Fuente: Departamento de Epidemiología - DIPLAS - Ministerio de Salud de Chile

Figura 3

Distribución de casos* de enfermedad meningocócica por región, según tasas de incidencia y serogrupo. Chile, semana epidemiológica 1 a 13, año 2019



* Por inicio de síntomas.

Fuente: Departamento de Epidemiología
Ministerio de Salud 2019

5. Evaluación de Indicadores de calidad.

Para evaluar algunos indicadores de calidad de la vigilancia, los principales se indican en la tabla siguiente:

Indicador	Objetivo	Meta	Resultados
Notificación oportuna	Desencadenar las medidas de investigación y control	100% de notificación en las primeras 24 horas post hospitalización.	2 cumplidos de 7 casos.
Hospitalización oportuna	Disminuir la letalidad de la enfermedad por tratamiento oportuno y obtención de muestra adecuada para la confirmación del caso.	95% de los casos es hospitalizado en las primeras 24 horas post primera consulta.	6 cumplidos de 7 casos.
Tratamiento oportuno de contactos (indicador H)	Prevenir la aparición de casos secundarios entre los contactos	98% de los contactos reciben quimioprofilaxis dentro de las 24 horas a partir de la hospitalización del caso.	100% (7 de 7).

BROTOS Y OTROS EVENTOS

Posterior al resurgimiento del serogrupo W con el consecuente desplazamiento del serogrupo B, se presentó un brote desde mediados de 2012 y mediados de 2013 (2,3). Sin embargo, dado que esta enfermedad se presenta como baja endemia y la transmisibilidad es baja, lo esperado es que puedan eventualmente ocurrir casos clasificados como coprimarios o secundarios en el período, entendiendo los primeros aquellos que ocurren dentro de las 24 horas de la aparición del caso índice y, secundarios, en un plazo mayor a 24 horas y dentro del período de incubación de la enfermedad.

Esta situación no se había reportado desde 2010, y luego se registraron dos casos coprimarios en el año 2014, con resultado de muerte en ambos. En el 2018 se presentó un caso secundario en la región Coquimbo, con pesquisa retrospectiva del caso primario. En el primer trimestre de 2019 no se han confirmado casos coprimarios o secundarios.

La importancia que tienen estas situaciones, es la pesquisa oportuna y la aplicación de Quimioprofilaxis en el corto tiempo, evitando así la aparición de otros casos relacionados.

Es importante reforzar la vigilancia de la enfermedad meningocócica, en el contexto del cambio de la definición de caso y especialmente durante la campaña de invierno, en relación a:

- Difusión de la nueva definición de caso y notificación oportuna.
- Aplicar quimioprofilaxis a los contactos de los casos dentro de las primeras 24 horas.
- Enviar al ISP la cepa aislada o las muestras de LCR o sangre para confirmación.
- Monitorear casos asociados a un mismo serogrupo.
- Mantener la vigilancia activa de meningitis bacteriana (Circular B51/50 del 05/12/2011).

DISCUSIÓN

La Enfermedad Meningocócica se presenta como baja endemia y de alta letalidad en Chile. El aumento en la tasa de incidencia, se observó a partir del año 2012, manteniéndose constante durante 2013 y 2014 (0,8 por 100.000 habitantes); sin embargo, durante los tres años siguientes bajó a 0,7 y continuó descendiendo hasta alcanzar una tasa de 0,4 por 100.000 habitantes en el año 2018, siendo el año más bajo del último decenio, con 78 casos confirmado. Por su parte, en el primer trimestre de 2019, solo se han confirmado 7 casos, número bajo lo esperado para el período (n=19).

La letalidad se duplicó con el resurgimiento del serogrupo W; sin embargo, en el año 2018 presentó una disminución del 14%. En el período de 2019, hay un solo fallecido reportado.

A partir del año 2012, el serogrupo W desplazó al B, logrando concentrar el 75% del total de casos confirmados en el 2014. Sin embargo, en el año 2018 se mantuvo muy poca diferencia en relación a ambos serogrupos (47% de W vs 41% de B) (2). Por otro lado, en el primer trimestre del 2019, se observa un predominio del B sobre el W, situación similar a lo ocurrido anterior al año 2012.

Según los resultados de los estudios nacionales, en el 2017 se actualizó la normativa de vigilancia, para reforzar aspectos de manejo clínico frente a la pesquisa de casos sospechosos y notificación. La modificación principal fue la ampliación de la definición de caso, que incluye el síndrome séptico como un cuadro clínico esperado, situación que se volvió más frecuente a partir del año 2012 con la relevancia del serogrupo W. También en conjunto con la Sociedad Chilena de Infectología, se desarrollaron dos versiones (2017 y 2018) del curso *on line: Nuevas herramientas para el diagnóstico oportuno de Enfermedad Meningocócica*, dirigido a médicos y personal de salud de todo el país. Se está trabajando en mantener una plataforma de capacitación a distancia en forma permanente, disponible para los equipos de salud.

Esta enfermedad tiene medidas preventivas efectivas como la vacunación, es por ello que es importante mantener altas coberturas en los niños de 1 año de edad, según el calendario nacional de Inmunizaciones establecido en Chile que se inició a partir del año 2014. La cobertura alcanzada en primera dosis fue de 95,5% el 2018 (Fuente: Programa Nacional de Inmunizaciones, MINSAL). Por tanto, la principal recomendación para la prevención de la enfermedad es lograr altas coberturas en la vacunación programática en niños de 1 y 6 años.

Respecto a las medidas preventivas en la población general y especialmente en los niños, para evitar las enfermedades respiratorias, se encuentran disponibles en: <http://epi.minsal.cl/enfermedad-meningococcica-prevencion-y-control/>

SITIO WEB

Micrositio Enfermedad Meningocócica disponible en: <http://epi.minsal.cl/enfermedad-meningococcica/>

Agradecimientos a:

- A los equipos de establecimientos públicos y privados que notifican los casos y aplican la quimioprofilaxis a los contactos.
- A los equipos regionales de las SEREMI de Salud que realizan la investigación epidemiológica y despliegan sus recursos en búsqueda de los contactos frente a cada caso sospechoso.
- Al equipo del Instituto de Salud Pública encargado del estudio de laboratorio de los casos y del estudio molecular de las cepas positivas.

REFERENCIAS

- (1) Ministerio de Salud: Circular N° B51/8 del 17/08/2017: Enfermedad Meningocócica.
- (2) Ministerio de Salud, Departamento de Epidemiología. Informe Anual de Enfermedad Meningocócica, año 2018.
- (3) Ministerio de Salud, Departamento Epidemiología, Chile. Boletín Brotes 3 (2018). Pg. 22-28.

©

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

Informe a cargo de: Doris Gallego Ulloa
dgallego@minsal.cl

Edición a cargo de: Patricia Salvadó Verches
patricia.salvado@minsal.cl