

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO TRIMESTRAL
ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA
SE 1 – 39 AÑO 2019

Departamento de Epidemiología



RESUMEN

- Entre enero y septiembre de 2019 se confirmaron 57 casos de enfermedad meningocócica, cifra que se encuentra en zona de seguridad del canal endémico.
- La tasa de incidencia alcanzó un 0,3 por cien mil habitantes (habs.) y se han reportado 19 fallecidos, con una letalidad del 33%.
- Las regiones con una mayor tasa de incidencia acumulada se presentaron en Los Lagos y Coquimbo.
- Actualmente hay un predominio del serogrupo B (n=27) por sobre el W (n=24), con un 48% y 43%, respectivamente; cambio que comenzó a evidenciarse el año en curso.
- La vacunación antimeningocócica (A-C-W-Y) se inició en forma programática el año 2014, disminuyendo el riesgo en los menores de 5 años y con coberturas de 92% a junio de 2019.

MÉTODO

Este informe descriptivo de la vigilancia está reglamentado por el Decreto Supremo (D.S.) N° 158/2004 y la Circular B51/N° 08 del 17/08/2017(1).

El análisis de esta vigilancia se basa en los clasificados como casos confirmado que son: personas que presenta fiebre (>38°C) o hipotermia (<36°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 petequeal o purpúrica. Lo anterior se suma a un criterio de laboratorio como el aislamiento de *Neisseria meningitidis* (Nm) o por la técnica RT-PCR desde muestras clínicas provenientes de sitios estériles, realizadas en el Instituto de Salud Pública (ISP) y que permiten confirmar y caracterizar el agente.

La detección de brotes principalmente está dada por:

Casos coprimarios: ocurren dentro de las 24 horas de la aparición del caso índice.

Casos secundarios: ocurren en un plazo mayor a 24 horas del caso índice y dentro del período de incubación de la enfermedad.

La realización de este informe se basa en las siguientes fuentes de información: base de datos de las notificaciones registradas en el "Formulario de Notificación de EM – MB y *H.influenzae* tipo B" del Departamento de Epidemiología, donde se ingresan todos los casos sospechosos notificados desde las Secretaría Ministerial Regional (SEREMI) de Salud y que son clasificadas para enfermedad meningocócica (EM) (confirmados o descartados). En el año 2019, se incorpora esta información en la base de datos del EPIVIGILA, que integra la información de la notificación de todas las enfermedades sujetas a vigilancia, según D.S. N° 158/2004. Por otra parte, se incluyen datos de los egresos hospitalarios por Enfermedad Meningocócica (CIE-10: A39), años 2001 al 2017.

Para el análisis descriptivo por tiempo, lugar y persona se utilizó el software Microsoft Excel versión 2016. Para el cálculo de las tasas de incidencia se utilizaron las proyecciones de población INE. Se determinó el exceso de casos a partir de la metodología de canal endémico (Bortman). Para la construcción de las cartografías se utilizó el software Arc Map 10.5. Se analizó según semana epidemiológica y distribución por sexo y grupos de edad, serogrupos, diagnóstico clínico e indicadores de calidad de la vigilancia. Además, esta vigilancia es parte de la evaluación permanente de indicadores de calidad (incluye un Compromiso de Gestión).

En relación con 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

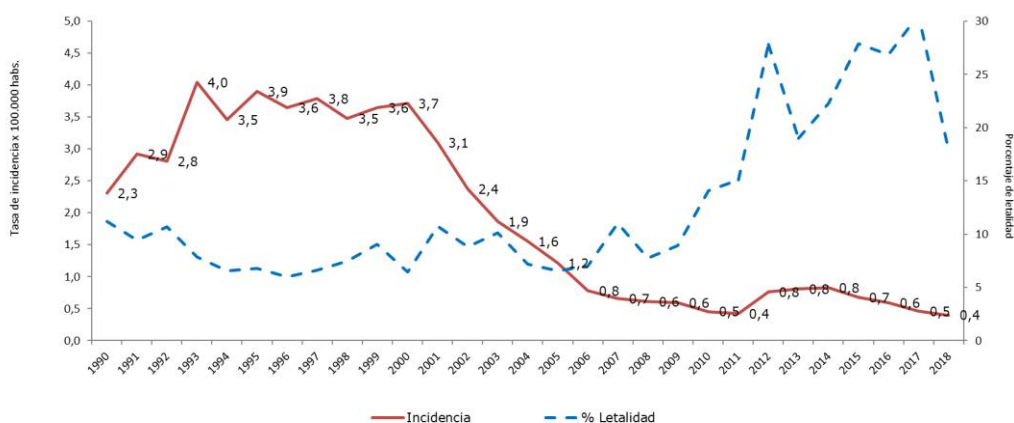
1. Magnitud y gravedad.

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

La tendencia del total de egresos hospitalarios por EM (CIE-10: A39), años 2001 al 2017, coincide con los datos de vigilancia, con un marcado descenso desde el año 2001 hasta el 2008 (menos de 100 casos por año). El grupo de edad predominante hasta el año 2012 fueron los menores de 4 años, sin embargo, desde el 2013 en adelante, la proporción de este grupo bajó a un tercio del total de casos hospitalizados por esta causa y se observó un aumento considerable en las edades de 20 años y más (2).

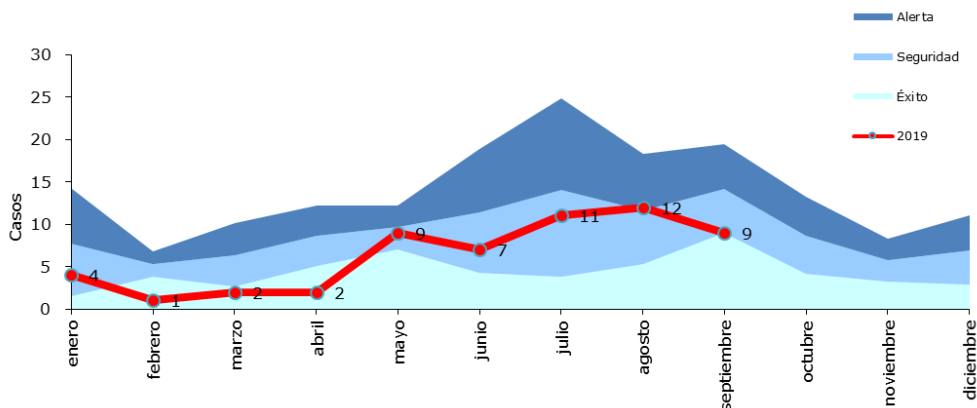
Regularmente, la letalidad de la enfermedad era de un 10%, pero desde el año 2010 en adelante, tuvo un aumento sostenido, hasta alcanzar un 28% durante 2012 y 2015 y hasta un 31% en el año 2017. El 2018 fue inusual, se presentó una letalidad del 18%, la más baja de los últimos cuatro años (Figura 1).; sin embargo, en el período enero – septiembre del año 2019, la letalidad se presentó inusualmente alta (33%).

Figura 1. Incidencia y letalidad de enfermedad meningocócica por año. Chile, 1990 a 2018.



Fuente: Departamento de Epidemiología, DIPLAS, Ministerio de Salud de Chile.

Entre enero y septiembre de 2019, se confirmaron 57 casos de EM, con una tasa de incidencia acumulada de 0,3 por cien mil hab., manteniéndose dentro de la zona de seguridad del canal endémico (Figura 2).

Figura 2. Canal endémico de enfermedad meningocócica. Chile, enero – septiembre de 2019*

(*) Datos provisorios.

Fuente: Departamento de Epidemiología, DIPLAS, Ministerio de Salud de Chile.

Tabla 1. Casos y tasas de enfermedad meningocócica por región de residencia. Chile, SE 1 a 39 de 2019()**

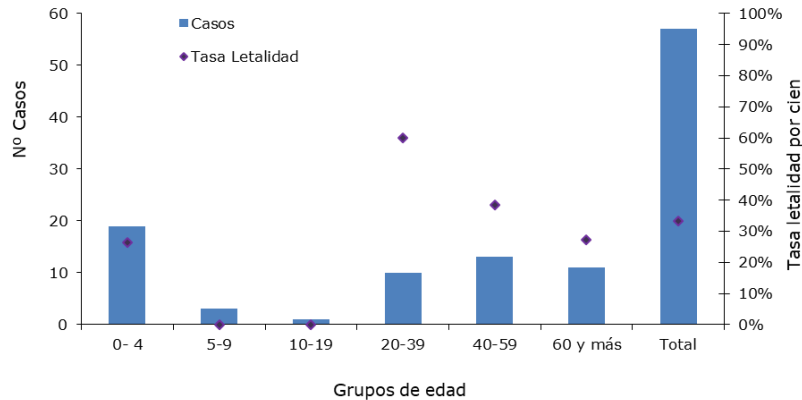
Región	Año 2019(*)		Mediana de casos acumulados, años 2014-2018	Año 2018	
	Total casos anuales	Tasa de incidencia (*)		Total casos anuales	Tasa de incidencia anual (*)
Arica y Parinacota	0	0,0	0	0	0,0
Tarapacá	0	0,0	1	4	1,1
Antofagasta	2	0,3	3	1	0,2
Atacama	2	0,6	1	1	0,3
Coquimbo	4	0,5	3	5	0,6
Valparaíso	0	0,0	14	6	0,3
Metropolitana	31	0,4	43	38	0,5
O'Higgins	3	0,3	4	4	0,4
Maule	3	0,3	3	6	0,6
Ñuble	1	0,2	2	0	0,0
Bíobío	5	0,3	5	1	0,06
Araucanía	0	0,0	3	4	0,4
Los Ríos	1	0,1	3	2	0,5
Los Lagos	5	1,2	3	4	0,5
Aisén	0	0,0	0	0	0,0
Magallanes	0	0,0	0	2	1,2
País	57	0,3	92	78	0,4

(*) por cien mil hab.

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

(**) Datos provisorios.

Figura 3. Casos de enfermedad meningocócica y letalidad por grupos de edad. Chile, SE 1 – 39, año 2019 (*)



Fuente: Departamento de Epidemiología, DIPLAS, Ministerio de Salud de Chile
(*) Datos provisorios.

2. Caracterización de los casos:

Entre enero y septiembre de 2019, la distribución de los casos es de 56% (32/57) hombres y 44% (25/57) mujeres. El rango de edad osciló entre 0 y 84 años.

El grupo de los menores de 1 año ha presentado históricamente las incidencias más altas. Para el año 2019 se reportaron 14 casos en este grupo de edad, con una tasa de 6,4 por cien mil menores de un año y el año 2018 alcanzó 7,3 por cien mil menores de un año; esta cifra es inferior a los tres años anteriores en que se había mantenido en 10,0 por cien mil menores de un año.

En este período se confirmaron siete casos en niños en edad objetivo de aplicación de la vacuna (rango 1 y 7 años), que fueron confirmados como de tipo “B”, serogrupo que no está contenido en la vacuna, excepto un menor con serogrupo “C”, que fue inmunizado hace 6 años.

Según clasificación diagnóstica, correspondieron a: Meningococcemia (49%), meningitis meningocócica (40%) y otros diagnósticos (11%).

3. Serogrupos identificados

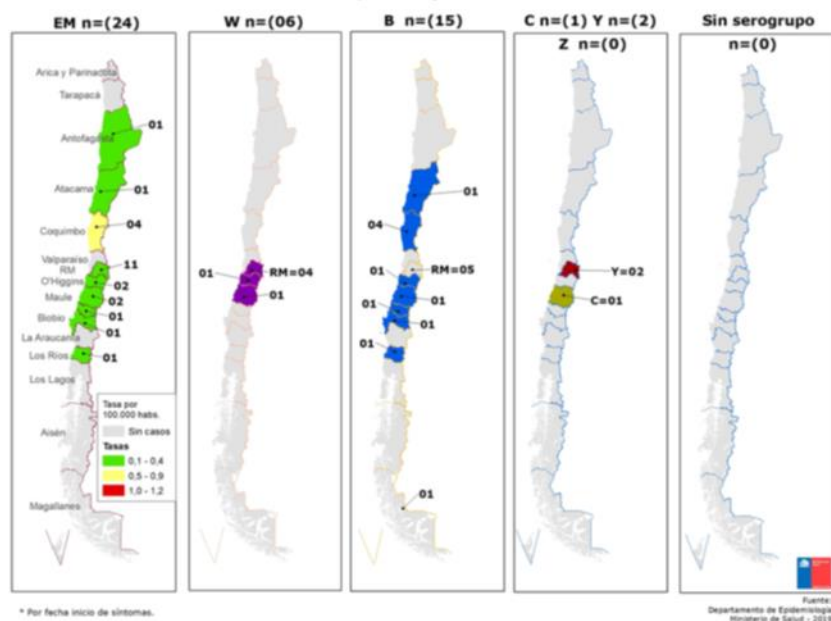
Entre enero y septiembre de 2019 el 98% de los casos tuvo confirmación de laboratorio por el ISP y solo un caso fue clasificado como clínico, posterior al análisis de los datos de defunción. Del total de casos confirmados, hubo un predominio del serogrupo B (n=27) por sobre el W (n=24), con un 48% y 43%, respectivamente; seguido del tipo C con un 5% (n=3) y el Y con un 4% (n=2).

Cabe recordar que el W predominó a partir del año 2012 y continuó siendo el más prevalente hasta el 2017, con el 62% del total de casos confirmados. Sin embargo, esta situación cambió el 2018, cuando concentró solo el 51% de los casos seroagrupados y en el año actual, predomina el serogrupo B.

4. Análisis regional

Entre enero y septiembre del año 2019, a nivel regional, la región Metropolitana es la que presenta el mayor número de casos, pero con una incidencia similar a la nacional (0,3 por cien mil hab.). Los Lagos presentó la tasa de incidencia acumulada más alta del período (1,2 por cien mil hab.), seguida por Coquimbo (0,5 por cien mil hab.) (Tabla 1 y Figura 4).

Figura 4. Distribución de casos de enfermedad meningocócica por tasa de incidencia por región y serogrupo. Chile, SE 1 – 39, año 2019(*)



(*) Datos provisionarios.

Evaluación de indicadores de calidad.

En la siguiente tabla se indican los resultados de los principales indicadores de calidad de la vigilancia:
Tabla 3. Indicadores de calidad vigilancia enfermedad meningocócica. Chile, SE 1 a 39, año 2019(*)

Indicador	Objetivo	Meta	Resultados
Notificación oportuna.	Desencadenar oportunamente las medidas de investigación y control.	100% de notificación en las primeras 24 horas post hospitalización.	67%**
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.	87%**
Tratamiento oportuno de contactos.	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%

(**) El indicador se calcula sobre los casos que se hospitalizaron.

(*) Datos provisionarios.

Fuente: Departamento de Epidemiología, DIPLAS, Ministerio de Salud de Chile.

Para el indicador de tratamiento oportuno de contactos, se trataron 1.384 contactos, lo que representó en promedio a más de 24 contactos tratados por caso.

DISCUSIÓN

En Chile, la EM se presenta como baja endemia y alta letalidad. El aumento en la tasa de incidencia se observó a partir del año 2012, manteniéndose constante durante 2013 y 2014; sin embargo, durante los tres años siguientes bajó y continuó descendiendo hasta alcanzar una tasa de 0,4 por cien mil hab. en el año 2018, siendo el año más bajo del último decenio. Por su parte, entre enero y septiembre de 2019, se confirmaron 57 casos, manteniéndose en la zona de seguridad del canal endémico y una tasa de incidencia acumulada de 0,3 por cien mil hab.

La letalidad se duplicó con el resurgimiento del serogrupo W a partir del 2012, sin embargo, presentó una disminución del 14%, el año 2018 (2). Actualmente la letalidad volvió a presentarse alta (33%).

Dado que esta enfermedad se presenta como baja endemia y la transmisibilidad es baja, lo esperado es que eventualmente ocurran estos casos con nexo epidemiológico (coprimarios o secundarios). Respecto a la importancia que tienen estos casos 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 EM, en el contexto del cambio de la definición de caso (año 2017) y especialmente durante el periodo de aumento estacional de la enfermedad (meses fríos).

Respecto a las medidas preventivas en la población general y especialmente en los niños, para evitar las enfermedades respiratorias, esta enfermedad tiene medidas preventivas efectivas como la vacunación. En Chile se incluyó en el calendario nacional de inmunizaciones a partir del año 2014 la vacunación programática en niños de 1 y 6 años. En el primer semestre 2019, un 92%¹ fue la cobertura alcanzada.

Para los equipos de salud, las recomendaciones principales son:

- Difusión de la 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).

SITIO WEB

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

Medidas de prevención disponibles en: <http://epi.minsal.cl/enfermedad-meningococcica-prevencion-y-control/>.

Agradecimientos a:

- A los equipos de establecimientos públicos y privados que notifican los casos y aplican la quimioprofilaxis a los contactos.

¹ Fuente: Programa Nacional de Inmunizaciones, MINSAL (datos provisorios)

- 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 ISP 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