



INFORME DE CIERRE AÑO 2020 MENINGITIS BACTERIANA Y ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

Responsable: Gerencia de Salud Pública – Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquía.

1. Introducción

La meningitis es una infección bacteriana grave de las membranas que rodean el cerebro y la médula espinal. Puede causar importantes daños cerebrales y es mortal en el 50% de los casos no tratados ⁽¹⁾. La meningitis es una inflamación de las membranas que recubren el cerebro, el cerebelo y la médula ósea, sitios anatómicos circundados por el espacio subaracnoideo, por donde circula el líquido cefalorraquídeo (LCR). Se caracteriza por un cuadro febril y signos de inflamación meníngea ⁽²⁾.

La meningitis de origen bacteriano representa la forma más letal de la enfermedad y tanto su distribución, morbilidad y mortalidad están determinadas por las condiciones económicas y sociales de los países, en donde la vacunación para su prevención, como los medicamentos para su control son muy limitados por el nivel de desarrollo económico ⁽³⁾.

Hay diferentes bacterias causantes de meningitis que pueden causar grandes epidemias. Se han identificado 12 serogrupos de *Neisseria meningitidis*, seis de los cuales pueden causar epidemias. La distribución geográfica y el potencial epidémico varían según el serogrupo. La meningitis bacteriana, aunque no sea tan frecuente, es siempre una enfermedad grave debido al riesgo de secuelas y a su alta letalidad ⁽²⁾.

La bacteria se transmite de persona a persona a través de gotas de las secreciones respiratorias o de la garganta. La propagación de la enfermedad se ve facilitada por el contacto estrecho y prolongado (besos, estornudos, tos, dormitorios colectivos, vajillas y cubiertos compartidos) con una persona infectada. El periodo de incubación medio es de 4 días, pero puede oscilar entre 2 y 10 días ⁽¹⁾.

Los síntomas más frecuentes son rigidez de nuca, fiebre, fotosensibilidad, confusión, cefalea y vómitos. Incluso cuando se diagnostica tempranamente y recibe tratamiento adecuado, un 5 a 15% de los pacientes fallece, generalmente en las primeras 24 a 48 horas tras la aparición de los síntomas. La meningitis





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

bacteriana puede producir daños cerebrales, sordera o discapacidad de aprendizaje en un 10 a 20% de los supervivientes. El microorganismo más comúnmente aislado en series de casos de meningitis bacteriana en Estados Unidos es el *Streptococcus pneumoniae*, con una tasa de incidencia de 11/100.000 habitantes, que representa cerca del 50 % de los casos ⁽³⁾. A nivel mundial, la cobertura vacunal ha aumentado durante los últimos años, y el número de vacunas disponibles se ha incrementado; no obstante, siguen existiendo retos, como la existencia de 19 millones de niños que no han completado su esquema de vacunación ⁽⁴⁾.

1.1. Comportamiento del evento en el mundo

La meningitis meningocócica se observa en todo el mundo, pero la mayor carga de la enfermedad se encuentra en el cinturón de meningitis del África subsahariana, que se extiende desde Senegal en el oeste hasta Etiopía en el este. Alrededor de 30.000 casos se reportan cada año en esa área. En la temporada epidémica de 2014, 19 países africanos que reforzaron la vigilancia notificaron 11.908 casos sospechosos, 1146 de ellos mortales, las cifras más bajas desde la puesta en marcha de la vigilancia reforzada a través de una red funcional ⁽¹⁾.

La meningitis meningocócica produce en todo el mundo pequeños conglomerados de casos y presenta variaciones estacionales que explican una proporción variable de las meningitis bacterianas epidémicas⁽¹⁾. La transmisión de *Neisseria meningitidis* puede verse facilitada por el hacinamiento de los hogares y los grandes desplazamientos regionales de población con motivo de peregrinaciones o desplazamientos; tras los excelentes resultados de la introducción de la vacuna conjugada contra los meningococos del grupo A, el número de epidemias causadas por el serogrupo A de *N. meningitidis* se ha reducido, pero otros serogrupos meningocócicos siguen provocando epidemias, si bien con menos frecuencia y menos personas afectadas ⁽¹⁾.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), las meningitis bacterianas son un problema de salud pública teniendo en cuenta que esta enfermedad es la causante de alrededor de 241.000 muertes al año en el mundo, se estima que a nivel mundial, más de 90% de las meningitis bacterianas son causadas por *S. pneumoniae*, *H. influenzae* y *N. meningitidis* ^(2,3)

Estudios realizados en la era prevacunal han descrito en países de clima templado una estacionalidad con picos de incidencia durante los meses de otoño y primavera ⁽²⁾. La meningitis no bacteriana es generalmente de etiología viral, y constituye la primera causa de neuroinfección, con una incidencia global de 10,9 casos por 100 mil habitantes año.





Los enterovirus (no polio) aportan cerca del 90% de los casos, y el herpes simplex alcanza del 0,5% al 3% (2).

La Organización Panamericana de la Salud inició la coordinación de una red de vigilancia centinela de las neumonías y meningitis bacterianas en menores de 5 años en 2007 y, desde el año 2014, la red de la Región de las Américas forma parte de la Red Global de Vigilancia, coordinada por la Organización Mundial de la Salud. Desde el 2005, los laboratorios de la red SIREVA (Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes responsables de neumonías y meningitis bacterianas) empezaron a contribuir con la red centinela de vigilancia de neumonías y meningitis bacteriana en menores de 5 años (1,3,5).

1.2. Comportamiento del evento en Las Américas

En la Región de las Américas, el *S. pneumoniae* es el principal causante de las meningitis bacterianas (2); desde 1993, la Región de las Américas cuenta con una red de laboratorios para la vigilancia regional de las meningitis y neumonías por bacterias, conocida como red SIREVA (Sistema Regional de Vacunas), en la que participan 19 países (3). Esta red ha identificado los tres principales agentes bacterianos causantes de neumonías y meningitis bacterianas. También ha caracterizado los serotipos y serogrupos circulantes de estas bacterias y ha establecido la susceptibilidad bacteriana a los antibióticos más utilizados. Sin embargo, esta red carecía de datos epidemiológicos vinculados a los datos de laboratorio. (2)

Desde el año 2000, la vacuna conjugada contra el neumococo (PCV por sus siglas en inglés) ha sido introducida en la Región de las Américas, inicialmente en Canadá y Estados Unidos. En diciembre del 2019, 37 países y territorios ya contaban con la vacuna en sus esquemas regulares de inmunización. Globalmente ha sido estimado que las neumonías por el neumococo se han reducido en más de un tercio y las muertes por infecciones neumocócicas en 51% de 2000 al 2015, tras la introducción de la vacuna conjugada contra el neumococo en muchos países (2) en diciembre del 2016 se publicó una revisión sistemática que resume la evidencia sobre la efectividad de las vacunas antineumocócicas conjugadas y su impacto en reducir las hospitalizaciones y las defunciones debidas a neumonía, meningitis e infección neumocócica invasora en los niños menores de cinco años en América Latina y el Caribe (3).

Debido a la presencia de meningitis bacterianas en menores de 5 años, anualmente se producen aproximadamente 1,2 millones de casos y 180.000





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

mueres. En un análisis publicado en el 2013, la Región de las Américas era la que menor carga de enfermedad tenía a nivel mundial, con una incidencia de 17 casos por 100.000 niños por año. La Región fue la que presentó el segundo mayor descenso de muertes por el Hib (96%) en el período 2000-2015. Entre las causas de muertes por infecciones neumocócicas, la neumonía representa 81% y la meningitis 12%. La tasa global de mortalidad por el neumococo en 2015 fue 45 muertes (29-56) por 100 mil niños menores de 5 años (2).

La incidencia actual de la enfermedad meningocócica endémica en los países latinoamericanos suele ser de menos de dos casos anuales por cada 100.000 habitantes, durante los últimos 40 años ha habido epidemias en todas las regiones de estos países. Las tasas de incidencia más elevadas se han notificado en Argentina, Brasil, Chile y Uruguay, los serotipos identificados en la región son: B en la zona central y el caribe, W en el cono sur y C ampliamente distribuido en todos los países de la región (3).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia, a través del Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública-Sivigila, se ha fortalecido el monitoreo del comportamiento de meningitis bacteriana causados por *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* (3).

La introducción de las vacunas para la prevención y control de estas enfermedades es un importante paso para cumplir con la meta del objetivo de desarrollo sostenible # 3, la cual es “lograr la cobertura sanitaria universal, incluida la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas inocuos, eficaces, asequibles y de calidad para todos” (6). La incidencia de la meningitis bacteriana ha disminuido en las últimas décadas debido a la implementación de las vacunas a través del PAI

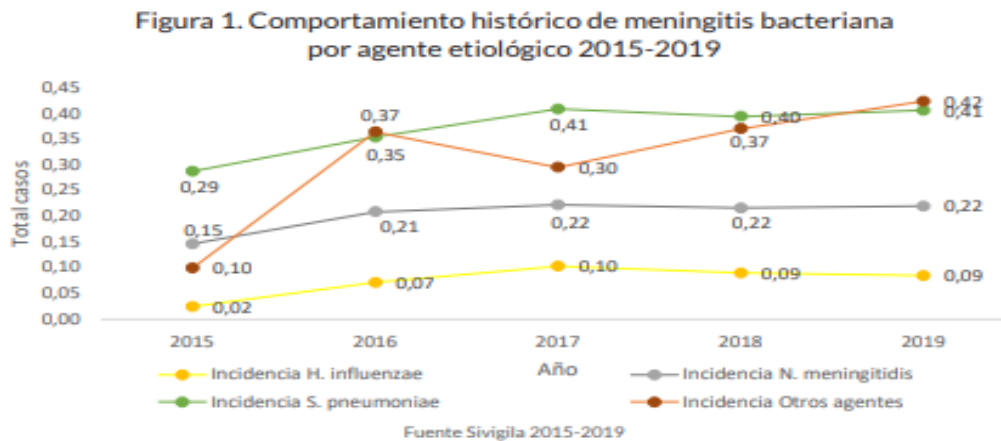
En Colombia la vigilancia del comportamiento de la meningitis bacteriana se ha fortalecido, permitiendo desencadenar las acciones de intervención en la mayoría de los casos oportunamente. Los agentes vigilados son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, sin embargo, se notifican casos por otros agentes y en algunas ocasiones como no es posible identificarlos, en el sistema permanecen como agentes inespecíficos. Para el año 2019 se notificaron al sistema de vigilancia 1258 casos probables de meningitis, de los cuales 43 (3,4 %) fueron confirmados para *Haemophilus influenzae*, 111 (8,8 %) confirmados para *Neisseria meningitidis*, 205 (16,3 %) para *Streptococcus*





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

pneumoniae y 214 (17%) confirmados para otros agentes; 157 (12,5) permanecieron probables y 528 (42%) fueron descartados. De acuerdo al comportamiento histórico, de los tres agentes, S. pneumoniae es el agente más incidente, seguido de N. meningitidis y por último H. influenzae



Fuente: BES semana 16 2020 INS

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Caracterizar en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos, los casos sospechosos de meningitis notificados en el departamento de Antioquia durante el 2020

2.2. Objetivos específicos:

- Aportar información oportuna y confiable, sobre el comportamiento de la meningitis.
- Dar a conocer el comportamiento del evento, para facilitar la verificación del cumplimiento de indicadores nacionales referentes al mismo.
- Analizar sistemáticamente el comportamiento del evento, basado en información del SIVIGILA como apoyo para la toma de decisiones.





3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un informe descriptivo retrospectivo del comportamiento del evento difteria, consolidado del año 2020, la fuente de información es el aplicativo SIVIGILA el cual es alimentado por los datos emanados de las Unidades Primarias Generadoras del dato de Antioquia. Las variables de estudio incluyen las definidas en la ficha de notificación de datos básicos y de datos complementarios, definidos por el Instituto Nacional de Salud (INS), (cara A y B) del Sistema Nacional de Vigilancia para cada una de las estrategias.

El equipo técnico de la Secretaría de Salud y protección social de Antioquia realizó análisis de calidad de los datos en cuanto a duplicidad, y consistencia, previo al análisis, así como también, se realizó una validación de la base de datos para evitar registros repetidos e inconsistencias en la notificación. Con las variables de persona se hizo análisis por edad, sexo, régimen de afiliación, área de procedencia y grupo poblacional con los casos probables.

4. HALLAZGOS

4.1. Comportamiento de la notificación:

Durante el 2020 se notificaron al Sivigila 78 casos probables de meningitis, el 53,8% fueron confirmados por laboratorio (42), el 16,7% (13) no tienen ajuste y el 29,5% fueron descartados. De acuerdo con el agente causal en los 42 casos confirmados, el 31 % (13) corresponde a meningitis por *Streptococcus pneumoniae*, el 31% (13) a enfermedad meningocócica por *Neisseria meningitidis*, el 26,2% (11) a meningitis por otros agentes bacterianos; el 7,1% (3) por *Haemophilus influenzae* y el restante 4,8% (2) fueron por agentes sin identificar (Figura 1).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

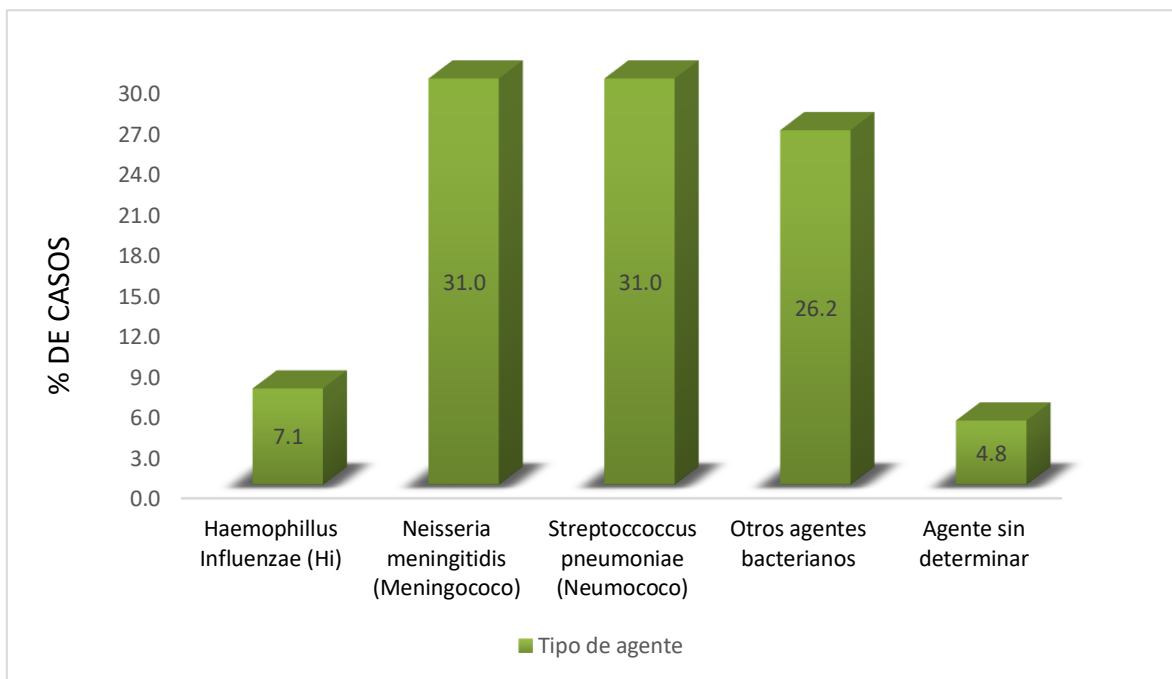


Figura 1. Distribución de casos notificados de meningitis, Antioquia 2020.
Fuente: Sivigila, 2020

Con relación al tiempo de notificación de los casos de meningitis se observa que fue durante el primer (I) periodo epidemiológico en el cual se notificó el mayor número de casos (13), el promedio de notificación por periodo fue de 4,6 por cualquier agente, durante los periodos VII.VIII y X no se presentaron casos (Figura 2).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA



Figura 2. Casos de meningitis notificados según periodo epidemiológico y agente causal, Antioquia, 2020. Fuente: Sivigila, 2020

4.2. Magnitud en lugar y persona:

Se notificaron casos de meningitis en 8 de las 9 sub regiones, no se presentaron caso de meningitis, en la región de Bajo Cauca. La subregión con la mayor tasa fue occidente con 2.8 casos por cada 100.000 habitantes. Las subregiones de Magdalena Medio, Occidente y Urabá, estuvieron por encima del promedio del Departamento. (Figura3)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

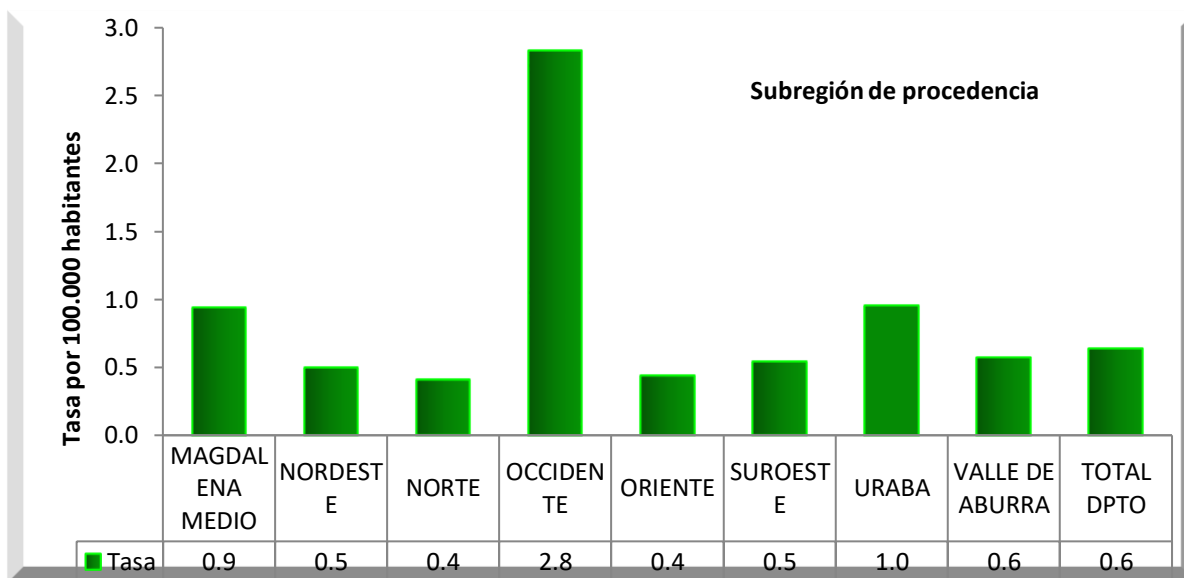


Figura 3. Distribución porcentual de los casos de meningitis, Antioquia, 2020.
Fuente: Sivigila, 2020

De acuerdo con la notificación de casos confirmados de meningitis, se observa que el evento se presentó con mayor frecuencia en los hombres (55.8%) y en la población afiliada al régimen contributivo con un (41.9%); también se observa que por grupo de edad se presentó con mayor frecuencia (48.8%) en los mayores de 30 años, siendo el número más alto de afectados los de 60 años y más. Por área de ocurrencia, se reportan más en cabecera municipal (81.4%). (Tabla 1).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

Características	Categoría	Meningitis	
		Casos	%
Sexo	Mujer	18	41.9
	Hombres	24	55.8
Tipo de Régimen	Contributivo	18	41.9
	Subsidiado	15	34.9
	No asegurado	7	16.3
	Indeterminado	1	2.3
	Especial	1	2.3
Área de Ocurrencia del caso	Cabecera municipal	35	81.4
	Centro poblado	2	4.7
	Rural disperso	5	11.6
Pertenencia Étnica	Indígena	2	4.7
	Otro	40	93.0
Grupo de Edad	Menor de 1 año	8	18.6
	1 a 4 años	5	11.6
	10 a 19 años	2	4.7
	20 a 29 años	6	14.0
	30 a 39 años	3	7.0
	40 a 49 años	4	9.3
	50 a 59 años	2	4.7
	60 y más años	12	27.9
Nacionalidad	Colombia	39	90.7
	Venezuela	3	7.0
Estrato	Uno	11	25.6
	Dos	11	25.6
	Tres	3	7.0
	Seis	1	2.3
	Sin dato	16	37.2

Tabla 1. Características demográficas y sociales de casos de meningitis, Antioquia, 2020.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

De acuerdo a los grupos de edad, se observa en los menores de un año un mayor número de casos notificados debidos, *N. meningitidis* (Meningococo), y por otros agentes bacterianos; en el grupo de edad de 1 a 4 años la mayor parte fue causada por otros agentes bacterianos; en el grupo de 10 a 19 años se observa que el mayor número de casos se relaciona con *N. meningitidis* y por último, en los mayores de 20 años el mayor agente causal de meningitis notificado fue el *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) (Figura 4).

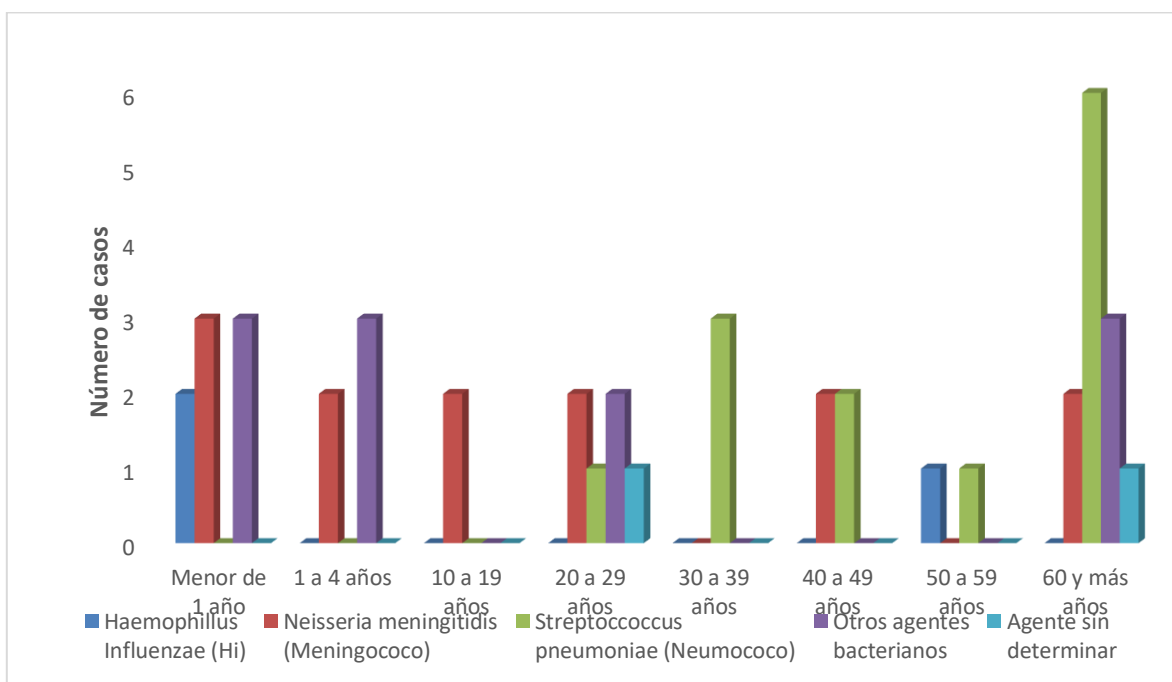


Figura 4. Número de casos de meningitis según agente bacteriano por grupo de edad, Antioquia 2020. Fuente: Sivigila, 2020.





4.3 Incidencia y letalidad en la población general

En el 2020 se notificaron 42 casos de meningitis: el *Neisseria meningitidis* (Meningococo) y el *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) fueron los agentes causales de meningitis con mayor incidencia en la población general, seguido de Otros agentes bacterianos (Incidencia por 100 mil habitantes). De igual manera se reporta una alta letalidad para infecciones por el *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) (7.1), seguido por *Neisseria meningitidis* (Meningococo) y Otros agentes bacterianos con (4.8). En total se reportaron 7 muertes confirmadas por meningitis en la población general. (Figura 5).

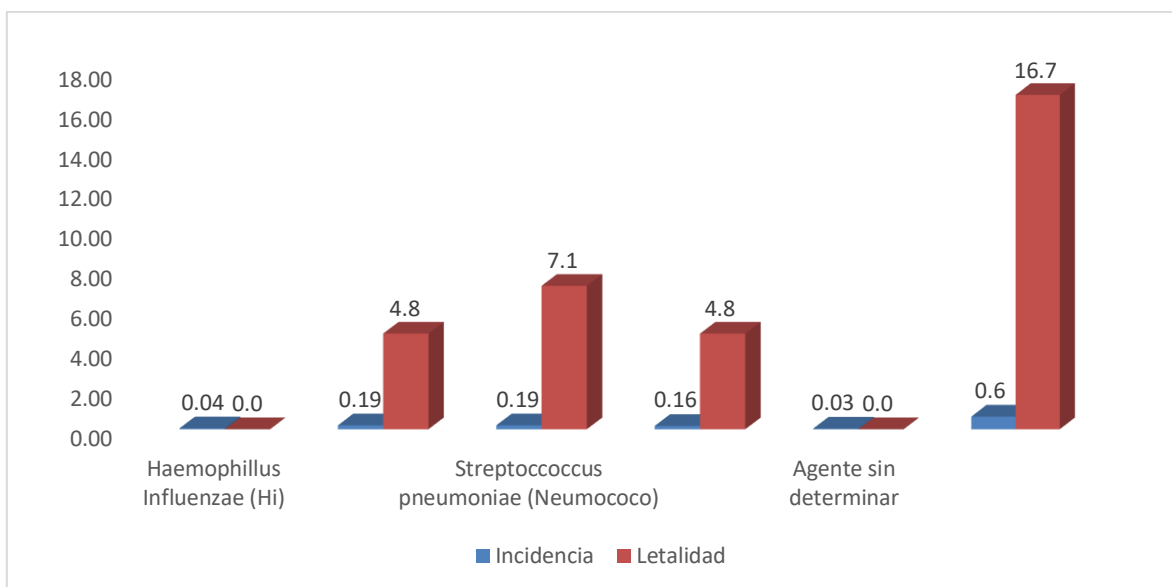


Figura 5. Incidencia y letalidad de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Población general, Antioquia, 2020.

4.4 Incidencia y letalidad en menores de cinco años

En el 2020 se notificaron 13 casos de meningitis en menores de 5 años: Otros agentes bacterianos fue el agente causal de meningitis con mayor incidencia en dicho grupo 1.3 casos por 100 mil menores de 5 años, seguido de *Neisseria meningitidis* (Meningococo) y por último H. influenzae; la incidencia general en < de 5 años fue de 2.8. En esta edad no se reporta mortalidad. (Figura 6)





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

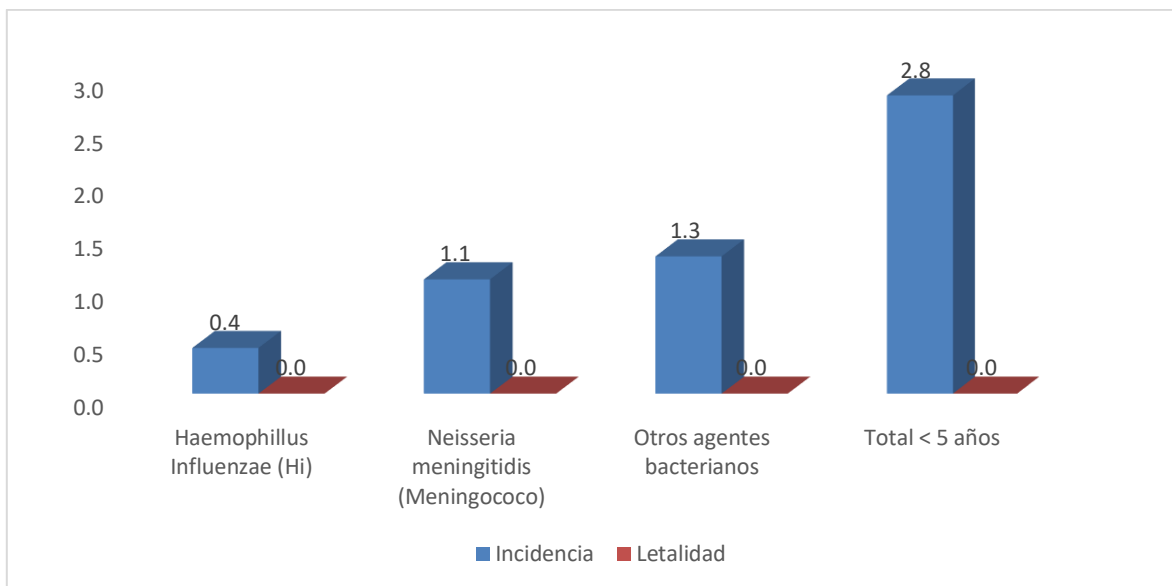


Figura 6. Incidencia y letalidad de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Menores de 5 años, Antioquia, 2020.

De acuerdo con la procedencia de los casos de meningitis en menores de 5 años, en las subregiones Occidente y Nordeste observaron las tasas de incidencia más altas en menores de 5 años, inclusive superan la tasa general para Antioquia, que fue de 2.8 casos por 100 mil menores de 5 años. En Urabá y Suroeste la tasa de incidencia también fue más alta que la tasa total en menores. En las subregiones de Norte, Oriente y Bajo Cauca no se presentaron casos en menores de 5 años. (Figura 7).





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA
SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

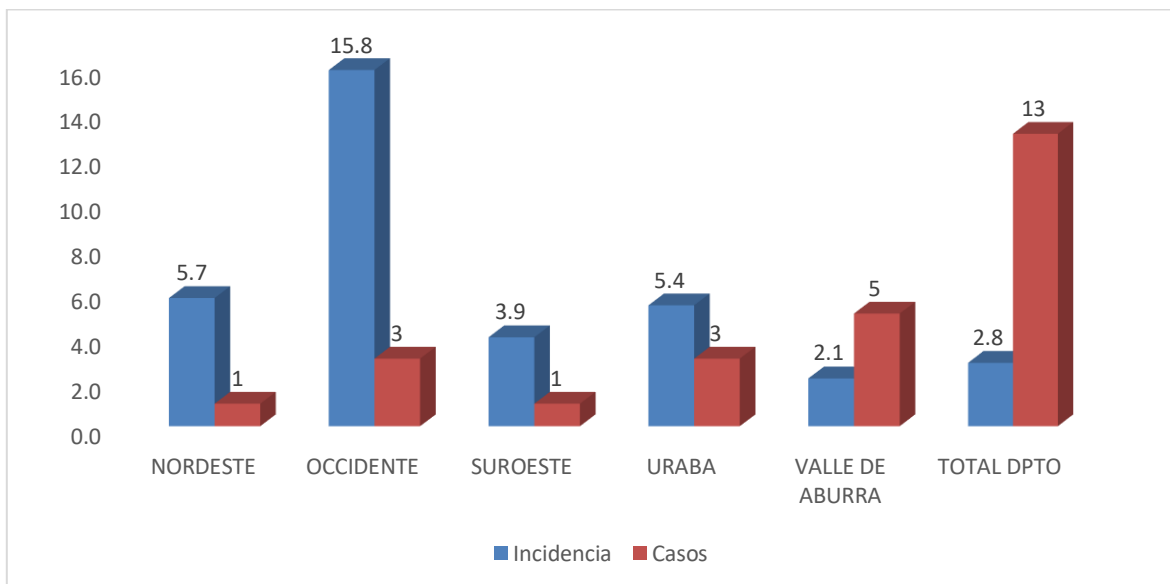


Figura 7. Incidencia de meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica en Población menor de 5 años por subregión de procedencia, Antioquia, 2020.

4.5 Indicadores:

Los indicadores de vigilancia del evento se calcularon con la información del SIVIGILA, teniendo en cuenta los parámetros establecidos en el protocolo de

pidemiológica de evento. El proceso de recolección de datos, se recopila de las UPGD, EAPB, municipios y ESE y la SSSA es responsable de verificar que los casos notificados, cumplan con la definición operativa de caso, que se ingresen de acuerdo con las instrucciones dadas, para el adecuado diligenciamiento de las fichas de notificación 535.

- Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* (Hi), *Streptococcus pneumoniae* (Spn) y enfermedad meningocócica en población general en menores de cinco años: La incidencia de meningitis por el agente *Haemophilus Influenzae* (Hi) en menor de 5 años es del 15,4 %, para *Neisseria meningitidis* (Meningococo) es del 38.5%, para *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) es del 0% y para otros agentes es del 46.1%.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

- Incidencia de meningitis por *Haemophilus influenzae* (Hi), *Streptococo pneumoniae* (Spn) y enfermedad meningocócica en población general: La incidencia de meningitis por el agente *Haemophilus Influenzae* (Hi) en población general es de 0.04 %, para *Neisseria meningitidis* (Meningococo) es del 0.19%, para *Streptococcus pneumoniae* (Neumococo) es del 0.19% y para otros agentes es del 0.16%.
- Porcentaje de casos configurados: De los 78 casos notificados se tienen 65 casos entre positivos y descartados por lo tanto se cuenta con un 83.3% de casos configurados.
- Letalidad de meningitis por *Haemophilus influenzae* (Hi), *Streptococo pneumoniae* (Spn) y enfermedad meningocócica en población general: La letalidad de meningitis *Haemophilus influenzae* (Hi) es del 7.1%, *Streptococo pneumoniae* (Spn) y enfermedad meningocócica es del 4.8%

5 DISCUSION

En Antioquia cada año se notifican al sistema de vigilancia en salud pública casos de meningitis bacteriana, nuestra respuesta consiste en el tratamiento rápido y apropiado de los casos con, no solo quimioprofilaxis sino también a través de la vacunación reactiva colectiva de poblaciones que se identifiquen desde el nivel local sin vacunar.

La incidencia de la meningitis bacteriana ha disminuido en las últimas décadas debido a la implementación de las vacunas Hib y neumococo. A los 5 años la mayoría de los niños no vacunados presentan anticuerpos anticapsulares contra *H. influenzae*, que surgen por la exposición a la bacteria.

El análisis del antecedente vacunal y número de dosis de los casos contribuye con información útil para evaluar la efectividad del programa de vacunación. El análisis de la tendencia de los casos hospitalizados (sospechosos, probables y confirmados) contribuye a la estimación del impacto de la vacunación.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

La vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunas, como las meningitis bacterianas, tiene como propósito conocer los agentes causales predominantes para la toma de decisiones sobre la efectividad de las vacunas y medir su impacto; además que permite dar seguimiento al comportamiento epidemiológico de los agentes causales de las mismas, siendo de gran relevancia el integrar información de tiempo, lugar y persona con la información del laboratorio.

La meningitis sigue siendo un problema de salud pública no solo en Antioquia sino en nuestro país, dicha enfermedad se caracteriza por causar hospitalizaciones y condiciones incapacitantes tanto temporal como de forma definitiva; los principales síntomas clínicos son fiebre, cefalea intensa, náuseas, vómito, rigidez de la nuca y frecuentemente erupción y petequias, surgiendo a menudo delirio y coma.

5.1 Limitaciones

No todos los hospitales o municipios cuentan con instalaciones físicas, materiales o personal capacitado para realizar la toma y envío de muestras para el diagnóstico de meningitis, teniendo en cuenta el protocolo de vigilancia del evento “que todo aislamiento positivo para los agentes objeto de la vigilancia debe ser enviado por parte de la entidad territorial al Laboratorio de Microbiología del Instituto Nacional de Salud para la serotipificación de los agentes”. Ante a la sospecha clínica de meningitis se debe obtener muestra de LCR y dos muestras de sangre para los hemocultivos, idealmente antes de iniciar tratamiento antibiótico. El aislamiento de una bacteria desde el LCR o la sangre es de gran valor diagnóstico y epidemiológico.

Algunos municipios apartados, distantes o de difícil acceso, no cuentan con laboratorios clínicos o bacteriólogos y el papel de éste es fundamental para la toma de decisiones clínicas y de salud pública que se derivan de los resultados y es esencial para prevenir la morbilidad y mortalidad por meningitis bacterianas.

Debido a la pandemia del COVID 19 se vieron afectados





6 CONCLUSIONES

Es necesario reforzar la vigilancia integrada de las enfermedades prevenibles por vacunas, mediante el análisis conjunto de los resultados de laboratorio con información epidemiológica estandarizada en todos los niveles, de tal manera que esta información sirva para fundamentar la toma de decisiones en cuanto al programa nacional de inmunizaciones PAI, tales como ajustes en el esquema y/o el monitoreo de su impacto.

La enfermedad meningocócica puede ser mortal y debe considerarse siempre como una urgencia médica. La vigilancia de enfermedades prevenibles por vacunas, como las meningitis bacterianas, tiene como propósito primero que todo encaminar acciones para evitar complicaciones y muerte por dicha causa. Conocer los agentes causales predominantes para la toma de decisión y posteriormente, medir el impacto de las vacunas, además de dar seguimiento al comportamiento epidemiológico de los agentes, siendo de gran relevancia el integrar información de tiempo, lugar y persona con la información del laboratorio.

La vigilancia en salud pública del evento es una pieza clave para hacer seguimiento al comportamiento de la incidencia y letalidad causada por los diferentes serotipos de dichos agentes (3).

7 RECOMENDACIONES

Se recomienda que en todos los municipios del departamento se fortalezca la vigilancia activa del evento y lo más importante, que se mantenga una alta inmunidad en la población a través de la vacunación masiva, dado el permanente riesgo de importación de enfermedades. Identificar los antecedentes vacunales de los casos y sus contactos. Los menores de 5 años no vacunados o inadecuadamente vacunados deben ser vacunados con los dos biológicos con que contamos en Colombia: para neumococo y Haemophilus influenzae tipo B.

La vacunación de los trabajadores del área de la salud, debe ser parte de un programa de salud ocupacional amplio que incluya también protocolos post exposición a casos de meningitis dentro de nuestro quehacer diario.





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA

El personal de medicina o de enfermería debe verificar el carné de vacunación y registrar los antecedentes (vacunas contra el neumococo y Hib) en la ficha de notificación. De no estar disponible el carné, se le debe solicitar al responsable del niño y dar seguimiento hasta su obtención. Esta información es de suma importancia para el análisis e interpretación de los datos.

Realización de Investigación de los casos de meningitis: todo caso sospechoso de meningitis requiere de investigación clínica y epidemiológica para implementar las medidas de protección del caso y sus contactos: Investigar si hay otros casos semejantes en instituciones, regiones o municipios, en todo caso se requiere “seguir” u observar el caso y sus contactos hasta el cierre de este.

Impartir el uso de la quimioprofilaxis cuando esté indicada, de ser posible en las primeras 24 horas después de la identificación del caso, dado que la vacunación no reemplaza la quimioprofilaxis y debe pasar un tiempo determinado para el desarrollo de la respuesta inmunitaria pues no es inmediata.

El departamento de Antioquia, en referencia a las enfermedades inmunoprevenibles para el 2020 presento una disminución el porcentaje de vacunación con coberturas cercanas o iguales al 88 % en biológicos como Sarampión, Rubéola, Parotiditis (SRP) en población de un año, BCG (Bacilo de Calmette Guérin contra la tuberculosis) en recién nacidos y DPT (Difteria, Tos ferina y Tétanos) en menores de un año (biológicos trazadores) y de los biológicos contra neumococo y Haemophilus influenzae tipo B; por lo tanto debe continuar en el fortalecimiento de las acciones técnicas y administrativas de los componentes del Programa Ampliado de Inmunizaciones (PAI), con el fin de mantener y alcanzar las metas y objetivos del programa (7,8).





REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Meningitis meningocócica. Datos y cifras; 19 de febrero de 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/meningococcal-meningitis>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Vigilancia de las neumonías y meningitis bacterianas en menores de 5 años: guía práctica. Guía práctica Segunda edición Washington, D.C. 2019.
3. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud Pública. meningitis bacteriana y enfermedad meningocócica código: 535. Equipo de Inmunoprevenibles. Subdirección de Prevención, vigilancia y Control en Salud Pública.
4. Grupo Técnico Asesor (GTA) sobre Enfermedades Prevenibles por Vacunación | OPS OMS [Internet]. 9 al 11 de julio del 2019 Cartagena (Colombia). Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&alias=51014-25-gta-informe-final-2019&category_slug=informes-finales-gta
5. Organización Panamericana de la Salud. Informe regional de SIREVA 2016 Datos por país y por grupos de edad de las características de los aislamientos de Streptococcus pneumoniae, Haemophilus influenzae y Neisseria meningitidis, en procesos invasivos bacterianos. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51781>
- 6 Naciones Unidas, Cepal. La Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible Una oportunidad para América Latina y el Caribe. Copyright © Naciones Unidas, diciembre de 2018.
7. Gaviria A. Gobernación de Antioquia. Plan de Desarrollo unidos por la vida. 2020-2023. Línea 4: Nuestra vida, componente 2: bienestar activo y saludable para Antioquia, pagina 415.
8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá; 2012 p. Dimensión vida saludable y enfermedades transmisibles. Coberturas de servicios de salud, Páginas 71.

Elaborado por:

Alexandra Jimena Jimenez Serna
Profesional Universitario
Evidenciasalud@antioquia.gov.co

Yessenia Higueta Gómez
Profesionales en Gerencia de Sistemas de Información en Salud





GOBERNACIÓN DE ANTIOQUIA

SECRETARÍA SECCIONAL DE SALUD
Y PROTECCIÓN SOCIAL DE ANTIOQUIA



Centro Administrativo Departamental José María Córdova (La Apujarra)
Calle 42 B 52 - 106 - Piso 8 - Teléfonos 57 (4) 383 98 02 - Medellín - Colombia