

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 1 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

INFORME DEL EVENTO MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA), HASTA EL PERIODO EPIDEMIOLÓGICO III, Colombia, 2016.

Jeniffer Nataly Alvarez Galindo
Referente evento Meningitis Bacteriana
Equipo Funcional Transmisibles
Grupo Inmunoprevenibles
Subdirección de Vigilancia y Control en Salud Pública
Dirección de Vigilancia y Análisis del Riesgo en Salud Pública

1. INTRODUCCIÓN

La meningitis es una inflamación que afecta tanto las meninges como el parénquima encefálico, su origen puede ser viral o bacteriano, convirtiéndose está en una de las infecciones posiblemente más graves y que significan una emergencia médica, puesto que el tratamiento tardío o inadecuado incrementa el riesgo de muerte y se asocia con una elevada incidencia de complicaciones y discapacidad en aquellos que sobreviven.

En la Meningitis Bacteriana Aguda (MBA) los microorganismos causantes varían. Entre los más comunes involucrados en la meningitis aguda y/o shock séptico están la *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus pneumoniae* y *Haemophilus influenzae*, el agente etiológico de la MBA depende de la edad del paciente, su estado inmunológico y la virulencia del microorganismo; En algunos casos la colonización lleva a un estado de portador asintomático. La presentación clínica en un caso de MBA puede ser fulminante o relativamente subaguda. La presencia de síntomas de Irritación meníngea, es decir, rigidez de nuca, signos de Brudzinski y/o signos de Kernig pueden orientar en el diagnóstico de la enfermedad.

Es necesaria la vigilancia epidemiológica de la MBA en busca de descifrar el comportamiento de su distribución, incidencia y la letalidad, lo cual permitirá evaluar las medidas utilizadas en la actualidad y así orientar estrategias de prevención y control efectivas que reduzcan su ocurrencia.

1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

El panorama global actual describe a *S. pneumoniae* y *N. meningitidis* como los agentes de MBA más frecuentes en adultos. *S. pneumoniae* es el principal agente a nivel global en países europeos y americanos, con una elevada mortalidad asociada, de entre 16 y 33% (1). Actualmente se han descrito 92 serotipos diferentes de *S. pneumoniae* pero sólo unos pocos de ellos son responsables de la mayoría de infecciones invasoras. Los serotipos implicados en meningitis en adultos han variado en especial en Estados Unidos después de la introducción de la vacuna heptavalente, con un incremento de los serotipos no vacúnales. El mayor riesgo para enfermedad neumocócica invasora lo presentan pacientes mayores de 65 años.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 2 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

La incidencia relativa de meningitis causada por *H. influenzae*, *S. pneumoniae* y *N. meningitidis* es menor en el sudeste de Asia en comparación con las zonas occidentales, estudios informan que en la mayor parte de la India el *S. pneumoniae* se presenta como el agente etiológico más común de la MBA. Sin embargo, la aparición generalizada por *H. influenzae* es poco común en Asia, lo cual ha sido cuestionado en un estudio publicado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y la recomendación de vacunación a gran escala para *H. influenzae* tipo b en países asiáticos (2).

Con *H. influenzae* en declive, *N. meningitidis* se ha convertido en el líder de los patógenos meníngeos en los países en desarrollo, convirtiéndose en un importante problema de salud en Europa y EE.UU.; *La Neisseria meningitidis* puede causar grandes epidemias, se han identificado 12 serogrupos de *N. meningitidis*, cinco de los cuales (A, B, C, W135 y X) pueden causar epidemias. La distribución geográfica y el potencial epidémico varía según el serogrupo.

Antes de 2010 y de las campañas preventivas de vacunación colectiva, se estimaba que el meningococo del grupo A suponía un 80-85% de todos los casos registrados en África subsahariana, donde se declaraban epidemias a intervalos de 7-14 años. Desde entonces, la proporción del serogrupo A se ha reducido drásticamente. 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 (2004).

Existen varias vacunas que permiten controlar la enfermedad: una vacuna conjugada contra los meningococos del grupo A, vacunas conjugadas contra el grupo C, vacunas tetravalentes (grupos A, C, Y y W) y vacunas a base de polisacáridos meningococos (3).

1.2. Comportamiento del evento en América

La OPS trabaja hace 14 años en la implementación y fortalecimiento de una red de laboratorios caracterizada por su alto nivel técnico, un extenso programa de evaluación externa del desempeño, la formación del personal, un proceso continuo de transferencia tecnológica y el desarrollo de proyectos de investigación aplicada, para la identificación y caracterización fenotípica y molecular de *S. Pneumoniae*, *H. influenzae* y *N. meningitidis*, a través de una red de laboratorio que originalmente recibe el nombre de SIREVA –Sistema Regional de Vacunas- y a partir de 2004 se llama SIREVA II –Sistema de Redes de Vigilancia de los Agentes Bacterianos que causan Neumonías y Meningitis.

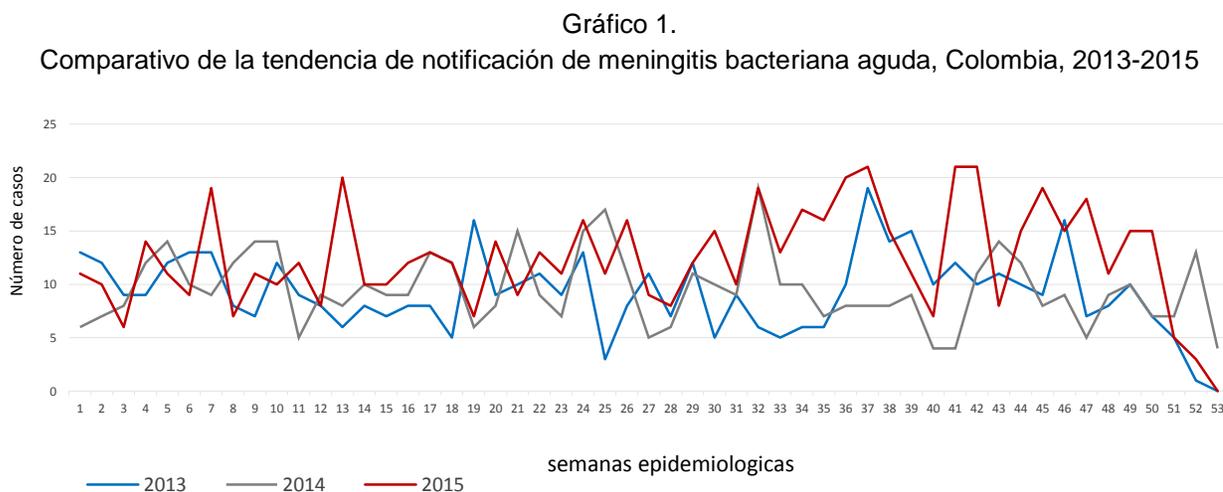
 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 3 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

La red de laboratorio de SIREVA II se distribuye en cuatro niveles de complejidad. Está constituida por: *Dos centros regionales de referencia*: el National Centre for Streptococcus (NCS), Edmonton, Alberta, Canadá (referencia para *S. pneumoniae*), y el Instituto de Salud Carlos III, Majadahonda, España (*H. influenzae* y *N. meningitidis*); *Dos centros de referencia subregionales*: el Sector de Bacteria Piogénicas y Toxigénicas, Sección de Bacteriología, Instituto Adolfo Lutz, São Paulo, Brasil y el Grupo de Microbiología, Instituto Nacional de Salud, Bogotá, Colombia; *21 centros nacionales de referencia en los 20 países miembros de SIREVA II*: Argentina, Bolivia, Brasil, CAREC (Trinidad & Tobago), Chile, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México (2 centros), Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana, Uruguay y Venezuela y; *453 centros centinelas* (4).

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

Para el año 2014, donde se notificaron un total de 557 casos para el evento MBA de los tres principales agentes causales a nivel nacional, se observa un aumento en la notificación de 14,5 % con respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior (2013) cuando el total de casos notificados fue de 487(Ver Gráfico 1).



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2013-2015

Para 2014 se descartaron 270 casos tanto por errores de digitación como por reporte de laboratorio, de los 287 casos restantes, el 20,8 % corresponden a (60) casos probables y el 79 % a (227) casos confirmados por laboratorio; el primer agente causal de MBA en Colombia es meningitis por *S. Pneumoniae* con 50,7% de los casos, seguido por *Neisseria meningitidis* con el

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 4 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

31,3 % de los casos, *Haemophilus influenzae* con 17,4 % y otros agentes con el 0,7 %. El 97,2 % (35/36) de los entes territoriales notificaron al menos un caso de meningitis bacteriana durante el 2014. El promedio en la notificación de casos de MBA fue de 10,5 casos por semana epidemiológica. La letalidad a nivel nacional para las meningitis bacterianas notificadas al Sivigila a periodo epidemiológico XIII fue de 16,7 % a nivel nacional en los casos confirmados. Lo que corresponde a 1.16 por 100000 habitantes en el territorio nacional (5).

2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar el comportamiento de la meningitis aguda bacteriana con respecto a las variables de tiempo, lugar y persona.
- Determinar la tendencia de la meningitis aguda bacteriana por agente infeccioso.
- Establecer la incidencia de la meningitis aguda bacteriana, así como la distribución de los serotipos y serogrupos por agente causal, en Colombia.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe es de tipo descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento epidemiológico para el evento de Meningitis Bacteriana por *Haemophilus influenzae*, *Neisseria meningitidis*, *Streptococcus Pneumoniae* y otros agentes. La fuente utilizada fue el sistema de notificación del SIVIGILA y los reportes emitidos por el laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud (INS). Para la variable persona se hizo análisis por edad, sexo, régimen de afiliación, área de procedencia y grupo poblacional. En el análisis temporal se realizara por medio de semanas epidemiológicas por periodo. La información aquí descrita en se encuentra sujeta a cambios de acuerdo a los ajustes generados por las entidades territoriales.

4. HALLAZGOS

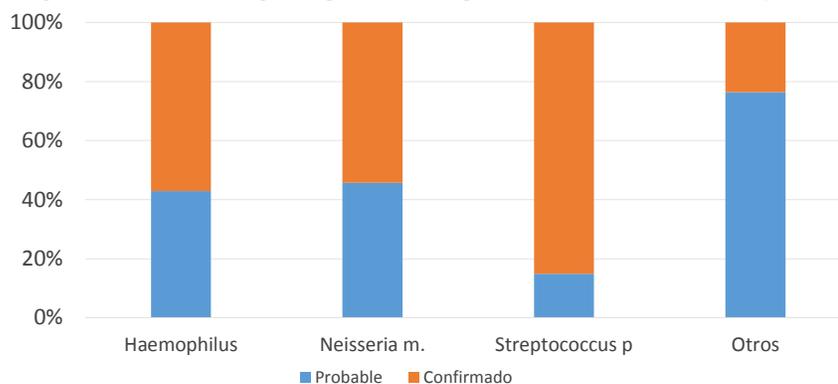
4.1. Comportamiento de la notificación

Hasta periodo epidemiológico III de 2016, se han notificado al Sivigila 248 casos de meningitis bacterianas, de los cuales 92 casos están confirmados por laboratorio, 110 casos son probables y 44 casos se han descartado y se encontraron dos errores de digitación; en periodo epidemiológico III de 2015 se notificaron 128 casos lo que nos muestra un aumento del 93,8 % para el mismo periodo en 2016. Semanalmente el número de casos notificados se revisa debido a la notificación tardía del evento, a ajustes y a depuración por calidad del dato.

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Según la clasificación inicial de la notificación a periodo epidemiológico III de 2016, el 45,5% (92/202) de los casos se han confirmado; por agente causal los casos confirmados, el 8,7 % (8/92) de las meningitis bacterianas notificadas corresponde a meningitis por *Haemophilus influenzae*, el 20,7 % (19/92) a meningitis por *Neisseria meningitidis*, el 43,5 % (40/92) a meningitis por *Streptococcus pneumoniae* y el 27,2 % (25/92) a meningitis por otros agentes (ver gráfica 2).

Gráfica N° 2
Casos de meningitis notificados según agente etiológico, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

Por procedencia, Antioquia, Bogotá, Valle del Cauca, Buenaventura, Barranquilla, Bolívar, Cundinamarca, Santander, Huila, Córdoba y Meta, notificaron el 70 % de los casos (ver tabla 1); El 86,4 % (32/37) de las entidades territoriales notificaron casos al Sivigila en el periodo III de 2016.

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Tabla N° 1

Casos de MBA según entidad territorial de Procedencia. Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016

Depratamento de Procedencia	Probable	%	Confirmado	%	Total General
Antioquia	13	43	17	57	30
Bogotá	7	33	14	67	21
Valle	10	56	8	44	18
Buenaventura	12	86	2	14	14
Barranquilla	8	80	2	20	10
Bolívar	6	60	4	40	10
Cundinamarca	3	38	5	63	8
Santander	6	75	2	25	8
Huila	4	50	4	50	8
Córdoba	3	38	5	63	8
Meta	6	86	1	14	7
Cesar	4	80	1	20	5
Santa Marta	1	20	4	80	5
Casanare	2	40	3	60	5
Magdalena	4	80	1	20	5
Cartagena	0	0	4	100	4
Quindío	3	75	1	25	4
Boyacá	1	25	3	75	4
Norte de Santander	0	0	3	100	3
Atlántico	2	67	1	33	3
Guajira	3	100	0	0	3
Putumayo	3	100	0	0	3
Sucre	1	50	1	50	2
Caquetá	1	50	1	50	2
Risaralda	1	50	1	50	2
Tolima	1	50	1	50	2
Nariño	2	100	0	0	2
Arauca	1	100	0	0	1
Caldas	0	0	1	100	1
Exterior	0	0	1	100	1
Choco	0	0	1	100	1
Cauca	1	100	0	0	1
Amazonas	1	100	0	0	1
Total	110	54	92	46	202

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

La distribución de la notificación de casos de meningitis bacteriana por sexo es mayor en hombres con el 59,9 % (121/202) de los casos que ingresaron al sistema; El 54,5 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el 32,2 % al régimen contributivo, se presentan 16 casos con el 7,9 % en población con pertenencia étnica afro colombianos (Ver tabla 2).

Tabla N° 2

Comportamiento demográfico y social de los casos de meningitis, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016

Variable	Categoría	Casos	%
Sexo	Femenino	81	40,1
	Masculino	121	59,9
Tipo de régimen	Contributivo	65	32,2
	Especial	9	4,5
	No afiliado	16	7,9
	Excepción	2	1,0
	Subsidiado	110	54,5
	Indeterminado/Pendiente	0	0,0
Pertenencia étnica	Indígena	8	4,0
	ROM, Gitano	2	1,0
	Raizal	0	0,0
	Palenquero	0	0,0
	Afrocolombiano	16	7,9
	Otro	176	87,1

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De los 202 casos notificados entre probables y confirmados, se tiene un 20,8 % en grupo de edad de menores de 1 año, se resalta que este grupo de edad es el que presenta mayor número de casos confirmados, seguido del de 1 a 4 años con 12,4 % (12 casos), de los confirmados.

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Tabla N° 3

Comportamiento por grupo de edad de los casos de meningitis, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016

Grupo de edad	Casos Probables	%	Casos Confirmados	%	Total general	%
Menor de 1 año	27	24,5	15	16,3	42	20,8
1 a 4 años	13	11,8	12	13,0	25	12,4
5 a 9 años	8	7,3	3	3,3	11	5,4
10 a 14 años	9	8,2	4	4,3	13	6,4
15 a 19 años	8	7,3	1	1,1	9	4,5
20 a 24 años	9	8,2	8	8,7	17	8,4
25 a 29 años	4	3,6	7	7,6	11	5,4
30 a 34 años	3	2,7	6	6,5	9	4,5
35 a 39 años	7	6,4	4	4,3	11	5,4
40 a 44 años	4	3,6	3	3,3	7	3,5
45 a 49 años	3	2,7	5	5,4	8	4,0
50 a 54 años	1	0,9	5	5,4	6	3,0
55 a 59 años	3	2,7	5	5,4	8	4,0
60 a 64 años	5	4,5	5	5,4	10	5,0
65 y más años	6	5,5	9	9,8	15	7,4
Total general	110	100	92	100	202	100

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

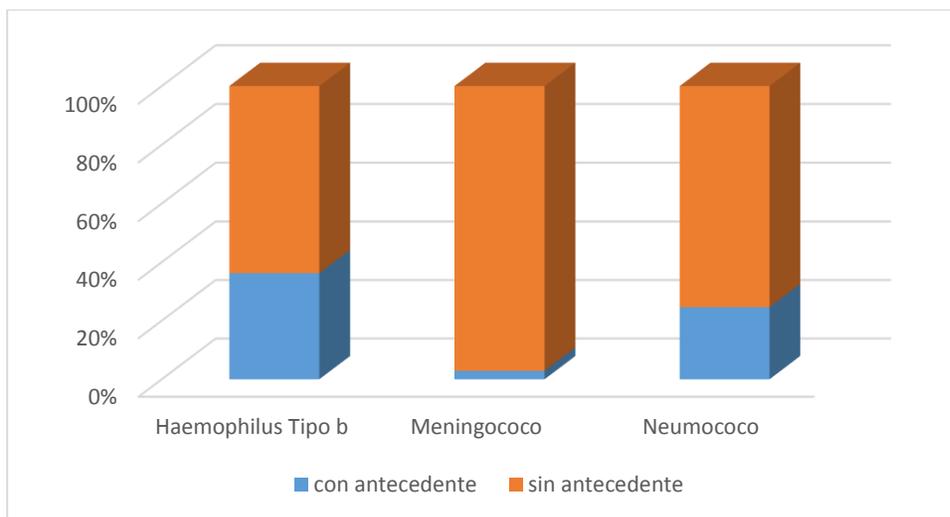
4.3. Comportamiento de otras variables de interés (datos complementarios)

Dentro de los casos notificados como casos de meningitis se encuentran 50 menores de 5 años de los cuales se verificó antecedente de vacunación dado que de los tres principales agentes causales de meningitis, dos cuentan con vacuna en el esquema nacional de vacunación, así: vacunación antihaemophilus influenzae tipo b en niños menores de un año y vacunación antineumocócica en niños menores de dos años con tres dosis de biológico. La vacunación antimeningocócica no se encuentra establecida dentro del esquema nacional; por tanto, es esperado que un alto porcentaje de casos no presente información sobre este antecedente; para el tercer periodo epidemiológico del año 2016, 69 casos se notificaron en niños menores de 6 años, de los casos notificados el 36,2 % (25/69) refirieron tener antecedente vacunal para Hi, el 2,9 % (2/69) para Meningococo y el 24,6 % (17/69) para neumococo. (ver gráfico 4).

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Gráfica N° 4

Antecedente vacunal de casos de meningitis notificados en menores de cinco años, Periodo epidemiológico III, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De acuerdo al registro de hospitalización el 90,6 % (183/202) de los casos notificados estuvieron hospitalizados. Los signos y síntomas más comunes en los cuadros clínicos de los casos fueron la fiebre con 87,1 % Alteración del estado de conciencia con 53,5 % y rigidez en la nuca con 45 % (ver Tabla 3).

Tabla N° 3

Signos y síntomas registrados de los casos de meningitis, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016

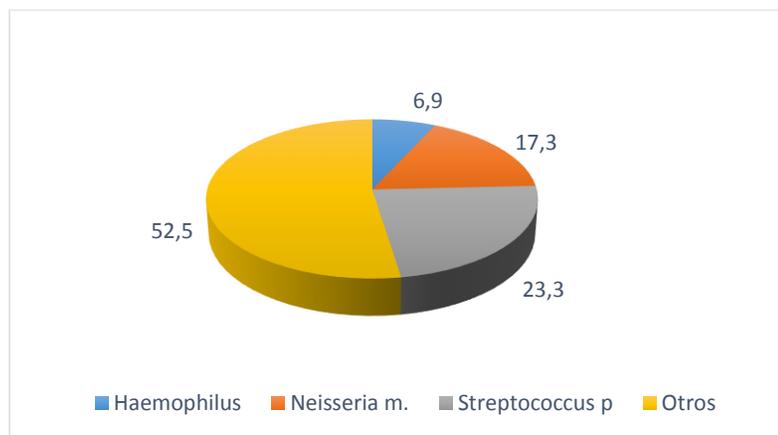
Signos y Síntomas	SI	%
Fiebre	176	87,1
Rigidez de nuca	91	45
Signos irritación meníngea	78	38,6
Rash	29	14,4
Abombamiento fontanelas	25	12,4
Alteración conciencia	108	53,5

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

De acuerdo al uso de antibióticos el 35,6 % (74/202) de los casos de meningitis bacterianas notificados, tienen antecedente de dosis de tratamiento antibiótico previo; por agente causal 11 casos por *Neisseria meningitidis*, cuatro casos por *Haemophilus Influenzae*, 16 de los casos por *Streptococcus Pneumoniae* y 43 de los casos por otros agentes reportan este antecedente (Ver gráfico 5).

Gráfica N° 5
Antecedente dosis antibiótico de casos de meningitis, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

De acuerdo a los aislamientos reportados por el laboratorio de Microbiología del INS hasta periodo epidemiológico III se han confirmado y seroagrupado 33 muestras de las 97 confirmadas por los entes territoriales, donde se observan dos casos de *Haemophilus Influenzae* b, que representa alerta por no presentar antecedente vacunal, de igual manera el aumento de aislamientos para *Neisseria meningitidis* del serogrupo C con 11 casos, en comparación con el año anterior al mismo periodo con cinco casos, los aislamientos para *Streptococcus Pneumoniae* 13 casos(ver tabla 4).

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Tabla 4.
Aislamiento en casos de meningitis, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016

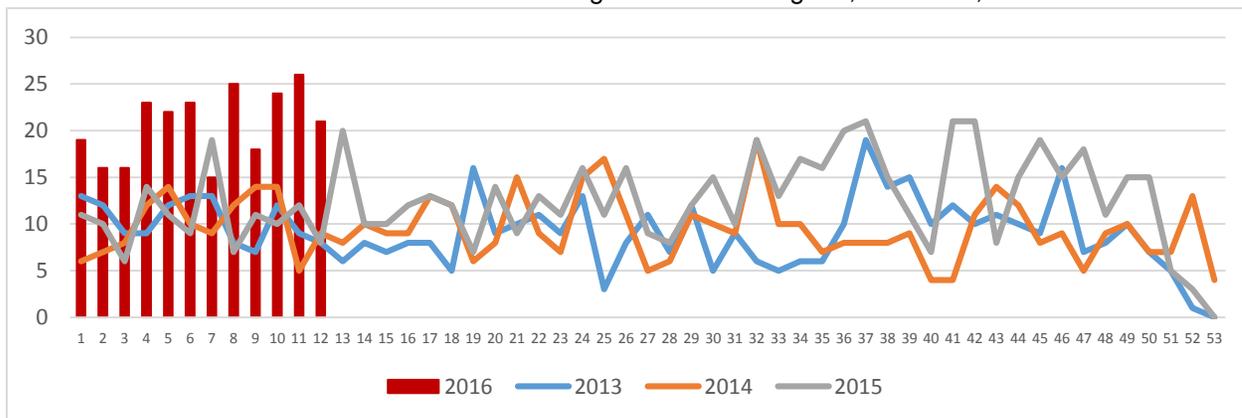
Agente	Serogrupo	n.
<i>Haemophilus influenzae</i>	a	1
	b	2
	No b	1
<i>Neisseria meningitidis</i>	B	2
	C	11
	Y	1
<i>Streptococcus pneumoniae</i>	3	4
	4	1
	20	1
	19A	3
	23A	1
	6A	2
	9N	1
<i>E.coli</i>		1
<i>Listeria monocytogenes</i>	4b,4d,4e	1

Fuente: Laboratorio de Microbiología, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

4.4. Tendencia del evento

La notificación de casos de meningitis bacterianas hasta periodo epidemiológico III, muestra un aumento del 98,4 % con respecto al año 2013, del 106,7 % con respecto al año 2014 y del 93,8 % con respecto al 2015, en el cual se habían notificado 128 casos (ver Gráfico 6).

Gráfico 6.
Tendencia de la notificación de meningitis bacteriana aguda, Colombia, 2013-2016



Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 12 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

4.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

Letalidad

De los casos notificados hasta periodo epidemiológico III, se registraron 35 muertes por meningitis una tasa de letalidad 38,5 % de muertes por los casos confirmados (Ver Tabla 4). De acuerdo a las características sociodemográficas de estas 35 muertes se notificó que el 51,4 % se registró en el sexo masculino, el 57,1 % pertenecen al régimen Subsidiado, el 8,6 % en población con pertenencia étnica indígena, el 22,9 % en afrocolombianos, el 20 % en el grupo de edad de 1 a 4 años.

Incidencia

La tasa de incidencia de meningitis bacterianas hasta periodo epidemiológico III a nivel nacional, para la población general fue de 0,19 casos por cada 100000 habitantes; de los entes territoriales con casos confirmados, presentan tasas de incidencia superiores a la Nacional (Antioquia, Buenaventura, Bolívar, Boyacá, Caquetá, Cartagena, Casanare, Choco, Córdoba, Huila, Norte de Santander y Santa Marta)(Ver Tabla 5).

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Tabla N° 5

Indicadores incidencia y letalidad de los casos de meningitis, Colombia, Periodo epidemiológico III, 2016

ENTIDADES TERRITORIALES	POBLACION	CLASIFICACIÓN DE CASOS		CONDICIÓN FINAL		
	Población General	Probables	Conf. Laboratorio	Casos	Incidencia	Tasa
				Mortales	x 100000 hab población general	Letalidad
Amazonas	77088	1	0	0	0	0
Antioquia	6534764	13	17	1	0,26	5,9
Arauca	265190	1	0	0	0	0
Archipiélago de San Andrés	77101	0	0	0	0	0
Atlántico	1265742	2	1	0	0,08	0
Barranquilla	1223967	8	2	1	0,16	50
Buenaventura	407539	12	2	7	0,49	350
Bogotá, D.C.	7980001	7	14	2	0,18	14,3
Bolívar	1108567	6	4	1	0,36	25
Boyacá	1278061	1	3	0	0,23	0
Caldas	989942	0	1	0	0,10	0
Caquetá	483834	1	1	0	0,21	0
Cartagena	1013454	0	4	0	0,39	0
Casanare	362698	2	3	0	0,83	0
Cauca	1391889	1	0	1	0	0
Cesar	1041203	4	1	1	0,10	100
Chocó	505046	0	1	1	0,20	100
Córdoba	1736218	3	5	2	0,29	40
Cundinamarca	2721368	3	5	3	0,18	60
Guainía	42123	0	0	0	0	0
Guaviare	112621	0	0	0	0	0
Huila	1168910	4	4	0	0,34	0
La Guajira	985498	3	0	0	0	0
Magdalena	780891	4	1	0	0,13	0
Meta	979683	6	1	1	0,10	100
Nariño	1766008	2	0	0	0	0
Norte de Santander	1367716	0	3	2	0,22	66,7
Putumayo	349537	3	0	0	0	0
Quindío	568473	3	1	2	0,18	200
Risaralda	957250	1	1	1	0,10	100
Santa Marta	491387	1	4	1	0,81	25
Santander	2071044	6	2	1	0,10	50
Sucre	859909	1	1	0	0,12	0
Tolima	1412230	1	1	1	0,07	100
Valle del Cauca	4252899	10	8	6	0,19	75
Vaupés	44079	0	0	0	0	0
Vichada	73702	0	0	0	0	0
Total Nacional	48747632	110	91	35	0,19	38,5

*1 caso proveniente del exterior

Fuente población: Proyección DANE 2016

Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2016

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 14 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

5. DISCUSIÓN

En el periodo epidemiológico III del año 2016 se notificaron un total de 248 casos a nivel nacional para el evento meningitis bacteriana aguda, donde se observa un aumento en la notificación del 93,8 % con respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior donde el total de casos notificados fue de 128.

El 52,5 % (106 casos) corresponden a meningitis por otros agentes bacterianos, donde el 76,4 % de los casos se encuentran como probables y confirmados el 23,6 % de los casos.

Si bien dos de los tres agentes causales cuentan con una vacuna en el esquema nacional de vacunación (vacunación antihaemophilus influenzae tipo b en niños menores de un año y vacunación antineumocócica en niños menores de dos años con tres dosis de biológico) uno de los grupos de edad más afectados son los menores de un año lo cual puede ser explicado por no contar con la protección de estos biológicos o en algunos casos porque el serotipo causante no corresponde a los que cubre el biológico utilizado. La vacunación antimeningocócica no se encuentra establecida dentro del esquema nacional; por tanto, es esperado que un alto porcentaje de casos no presente información sobre este antecedente vacunal.

El número de casos confirmados por *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae* los convierte en los principales causantes de meningitis bacteriana en el grupo de extremos.

La baja proporción de casos confirmados para los tres agentes causales; evidencia dificultades desde las UPGD en la toma y el procesamiento de las muestras y más aún en el envío de estas al Instituto Nacional de Salud (INS) para serotipificación; evidenciando la baja adherencia al protocolo y las indicaciones establecidas para el evento por parte del INS.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	Página 15 de 16

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

6. CONCLUSIONES

Hasta periodo epidemiológico III de 2016, el 20,7 % (19/92 casos confirmados) corresponde a meningitis por *Neisseria meningitidis*, el 43,5 % (40/92 casos confirmados) a meningitis por *Streptococcus pneumoniae* lo que los coloca como los principales agentes de la MBA.

La notificación de casos de meningitis bacteriana por sexo es mayor en hombres con el 59,9 % (121/202) de los casos que ingresaron al sistema; El 54,5 % de los casos pertenecen al régimen subsidiado y el 32,2 % al régimen contributivo, se presentan 16 casos con el 7.9 % en población con pertenencia étnica afro colombianos.

La tasa de incidencia de meningitis bacterianas hasta periodo epidemiológico III a nivel nacional, para la población general fue de 0,19 casos por cada 100000 habitantes.

Se registraron 35 muertes por meningitis, la tasa de letalidad para MBA fue de 38,5 % de muertes por los casos confirmados.

7. RECOMENDACIONES

Realizar la notificación inmediata de casos probables de meningitis bacteriana aguda desde las UPGD primarias de atención.

Mantener la coordinación continua entre las UPGD, Ente territorial, laboratorios primarios e INS ante el reporte positivo en cultivos realizados en casos probables de MBA.

Reforzar la vigilancia epidemiológica con capacitaciones dirigidas a la definición de caso, notificación obligatoria, búsqueda activa institucional, investigación de campo y toma de muestras.

Envío inmediato de muestras al Laboratorio de Microbiología del INS para confirmación y serotipificación de casos confirmados.

Identificación temprana de nexos epidemiológicos entre casos con el fin de intervenir de manera oportuna evitando la generación de brotes epidémicos.

 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		FOR-R02.4000-001	

MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Kastenbauer, S., & Pfister, H. W. (2003). Pneumococcal meningitis in adults. *Brain*, 126(5), 1015-1025.
2. Prabhakar, S. (2009). Acute bacterial meningitis.
3. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs141/es/>
4. Tamargo, I., Llanes, R., Toraño, G., Hernández, I., Pérez, M., Llop, A., & OPS. (2008). Informe Regional Sireva II, 2006: Datos por país y por grupos de edad sobre las características de los aislamientos de *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis*, en procesos invasores. *Tecnologías Esenciales de Salud*. Tecnologías Esenciales de Salud. THS/EV.
5. <http://www.ins.gov.co/lineas-de-accion/Subdireccion-vigilancia/Informe%20de%20Evento%20Epidemiologico/Meningitis%202014.pdf>