 INSTITUTO NACIONAL DE SALUD	PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA	INFORME EVENTO	Versión: 02
		FOR-R02.4000-001	2014 – Jun – 25
			Página 1 de 17

## MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

### INFORME DE EVENTO MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA) HASTA PERIODO EPIDEMIOLÓGICO XIII, COLOMBIA, 2015.

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

## 1. INTRODUCCIÓN


### 1.1. Comportamiento del evento a nivel mundial

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud las Meningitis Bacterianas Aguda (MBA) son un problema de salud pública teniendo en cuenta que ésta enfermedad es la causante de alrededor de 241000 muertes al año en el mundo. Si bien los agentes causales están claramente identificados *Haemophilus influenzae tipo B*, *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis*.

La introducción de la vacuna de *Haemophilus influenzae* en los 90's y la progresiva introducción de la vacuna neumococcica en los últimos años en los esquemas nacionales de vacunación de los países, hace que *N. meningitidis* se convierta en el principal agente causal de la enfermedad a nivel mundial<sup>i</sup>.

Para 2005 la Organización Mundial de la Salud estimaba la mortalidad a causa de *Haemophilus influenzae* en 386000 muertes anuales; principalmente por meningitis y neumonías, siendo especialmente vulnerables los menores en edades comprendidas entre los 4 y los 18 meses de edad. En países con altas tasas de mortalidad, entre el 15% y 35% de los sobrevivientes presentan algún tipo de discapacidad mental o sordera<sup>ii</sup>. El *Streptococcus pneumoniae* es una de las principales causas de neumonía, meningitis y sepsis con un estimado para el año 2000 de 14,5 millones de episodios de enfermedad por Estreptococo de los cuales 826000 corresponden a casos de muertes en niños menores de cinco años; las cuales ocurrieron principalmente en países de África y Asia.

*N. meningitidis* es la única bacteria capaz de generar brotes de meningitis. Los serotipos responsables de meningitis son: A, B, C, X, Y y W135. Los serotipos del grupo A han sido los causantes de largas epidemias de meningitis principalmente en países de África denominado como cinturón de meningitis: Malí, Gambia y Senegal<sup>iii</sup>.

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 2 de 17

## **MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)**

### 1.2. Comportamiento del evento en América

Desde 1993, la importancia de las neumonías y meningitis bacterianas impulsó a la Organización Panamericana de la Salud a implementar un programa regional de vigilancia basado en una red de hospitales y laboratorios centinelas, SIREVA y luego, SIREVA II (Sistema de redes de vigilancia de los agentes responsables de neumonías y meningitis bacterianas), para proveer una información prospectiva sobre los datos de distribución de serotipos y susceptibilidad de *Haemophilus influenzae*(Hi), *Neisseria meningitidis* (meningococo) y *Streptococcus pneumoniae* (neumococo) a los antibióticos, así como información epidemiológica para la estimación de la carga de estas enfermedades y la formulación de vacunas cada vez más eficientes.

En los países de la Región participantes en la red SIREVA II, hay un manifiesto interés por mejorar tanto la vigilancia de las cepas circulantes y la resistencia de las mismas a los antimicrobianos, como de promover el desarrollo de vacunas idóneas y el uso racional de los antimicrobianos.

La consolidación de los esfuerzos realizados en el pasado incluye el fortalecimiento de los laboratorios en la implementación sostenible del sistema de gestión de la calidad, el establecimiento de un sistema periódico de supervisión y la sistematización tanto del control de calidad interno como de la evaluación externa del desempeño que aseguren la confiabilidad de los resultados obtenidos para la toma adecuada de decisiones.

La implementación del sistema de gestión de calidad requiere de una indispensable sensibilización del personal de laboratorio bajo el liderazgo de sus directivos, una metodología claramente definida y el poder de decisión que permita instaurar una verdadera cultura de higiene-seguridad-calidad en nuestro ambiente de trabajo.

Con el fin de armonizar la metodología en la red, estandarizar los procesos de evaluación, reducir el envío de cepas y optimizar los recursos disponibles que permiten dar más autonomía a los países, se propone un nuevo manual de procedimientos para la red SIREVA II <sup>iv</sup>.

### 1.3. Comportamiento del evento en Colombia

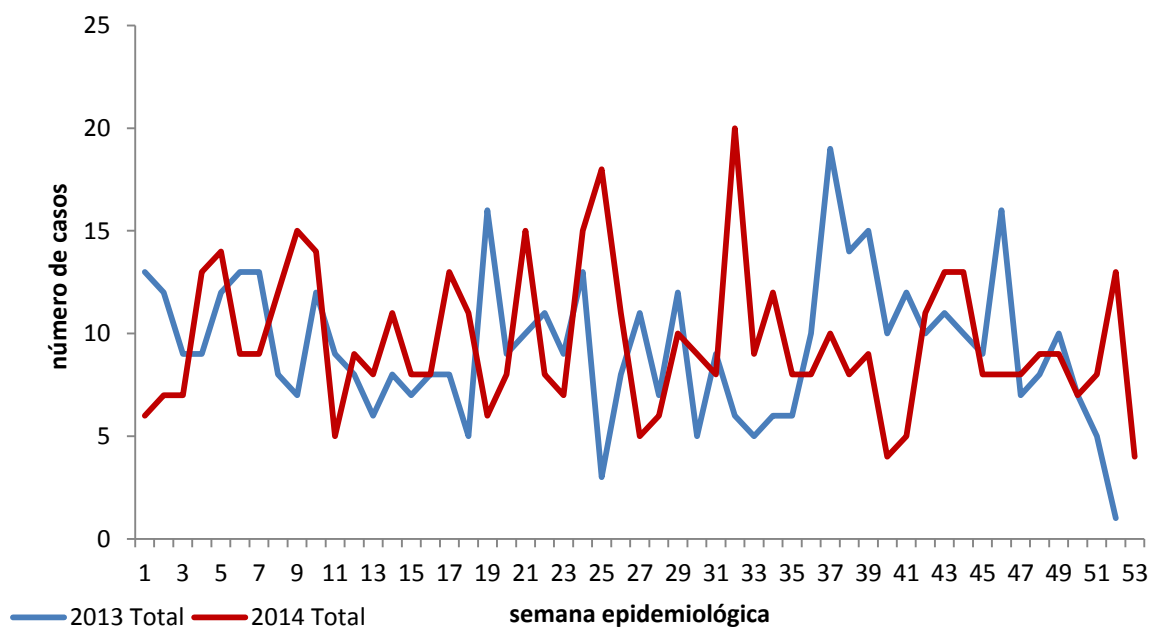
Para el año 2010 y 2011, se notificaron como meningitis confirmadas al sistema de vigilancia epidemiológica Sivigila un total 241 y 232 casos, respectivamente, reportando una tasa de incidencia de 0,53 y 0,50 casos por cada 100000 habitantes respectivamente, siendo el mayor aporte la meningitis bacteriana por *Streptococcus pneumoniae*. De acuerdo con el informe Regional de la Red SIREVA para 2011 en Colombia se identificaron 582 aislamientos de los cuales 400 corresponden a *Streptococcus pneumoniae*, 36 para *Haemophilus influenzae* y 26 a *Neisseria meningitidis*. La proporción de aislamientos en menores de cinco años fue de 30,5%,

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

58,3% y 50,0% para cada uno de los agentes respectivamente donde la mayor proporción de aislamientos se realizó en menores de 12 meses.

Para el periodo 2013 a 2014, el comportamiento de la MBA en Colombia mostró un aumento del 4,3 % en el año 2014 respecto al 2013, no solo en la frecuencia de la notificación de los casos, sino en la confirmación y descarte de los mismos (ver gráfico No 1).

Gráfico 1. Comparativo de la tendencia de notificación de meningitis bacteriana aguda, Colombia, 2013-2014



Fuente: Sivigila 2013 - 2014

## 2. OBJETIVOS ESPECIFICOS

Realizar el seguimiento continuo y sistemático de la aparición de las meningitis bacterianas mediante el proceso de notificación, recolección y análisis de los datos, con el fin de generar información oportuna, válida y confiable que permita orientar las medidas de prevención y control del evento.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente informe es de tipo descriptivo retrospectivo sobre el comportamiento epidemiológico según las variables de persona, lugar y tiempo para los eventos de meningitis bacterianas por

## MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

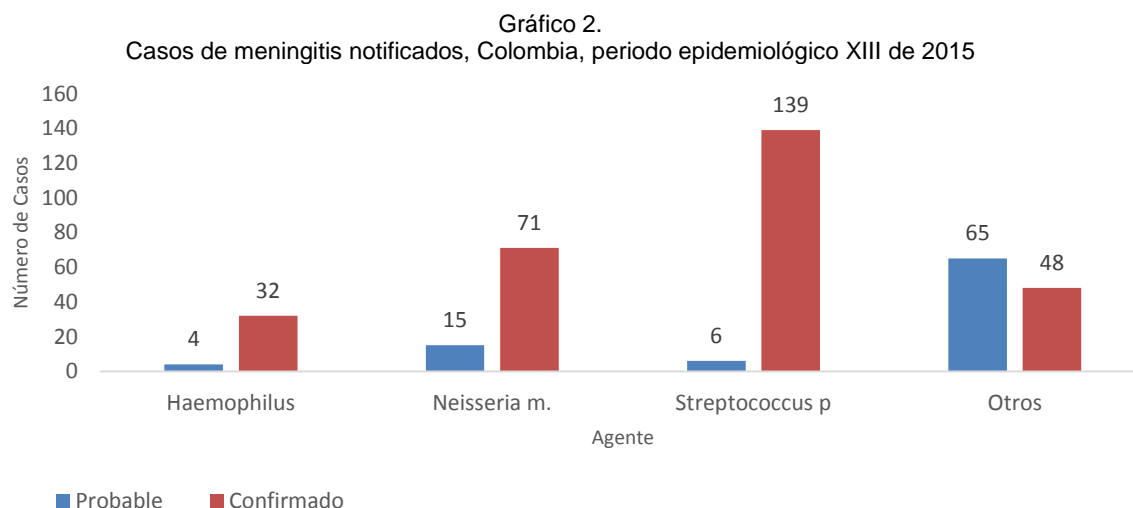
*Neisseria meningitidis*, *Haemophilus influenzae* y *Streptococcus pneumoniae*, de acuerdo con los datos reportados por los entes territoriales al Sistema de Vigilancia en Salud Pública Sivigila individual, se establecen las tasas nacionales y departamentales por 100 000 habitantes para cada uno de los agentes etiológicos.

### 4. HALLAZGOS

#### 4.1. Comportamiento de la notificación

Hasta el período epidemiológico XIII de 2015, se notificaron al sistema individual del Sivigila 749 casos de meningitis bacteriana aguda, de los cuales 369 (49,3%) casos fueron descartados, continúan probables 90 (12 %) y se confirmaron 290 (38,7%).

Por lo cual, para el análisis de este informe se utilizaran solo 380 casos (ver gráfico 2).



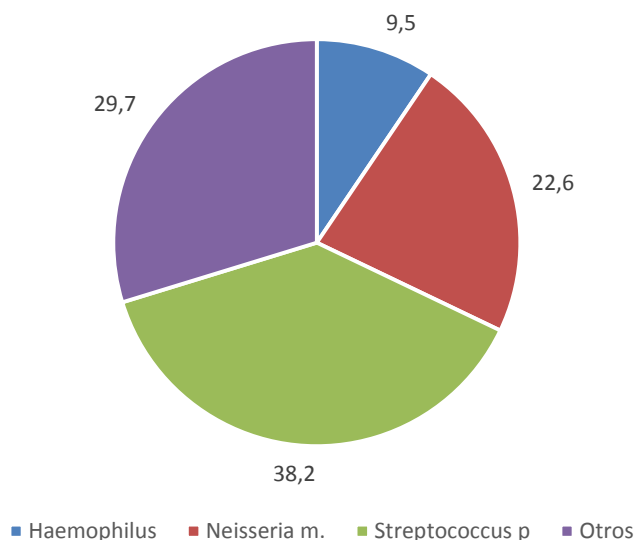
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

#### 4.2. Magnitud en lugar y persona (datos básicos)

De acuerdo con el tipo de agente, la distribución de meningitis bacterianas notificadas como probables y confirmadas hasta periodo epidemiológico XIII de 2015 es: meningitis por *Haemophilus influenzae* 36 casos (9,6%) meningitis por *Neisseria meningitidis* 86 casos (22,6 %), meningitis por *Streptococcus pneumoniae* 145 casos (38,2 %) y meningitis por otros agentes 113 casos (29,7 %) (Ver gráfico 3).

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Gráfico 3.  
Distribución de casos notificados de MBA por agente etiológico, Colombia, periodo epidemiológico XIII de 2015.



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

Al realizar el análisis de la distribución de casos notificados el mayor número de casos confirmados los registran los agente *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* con el 60,8 % (ver tabla 1).

Tabla 1.  
Distribución de casos de MBA por agente etiológico, periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2015.

Agente	Probable	%	Confirmado	%	Total	%
Hi	4	4,4	32	11,0	36	9,5
Nm	15	16,7	71	24,5	86	22,6
Spn	6	6,7	139	47,9	145	38,2
Otros	65	72,2	48	16,6	113	29,7
Total	90	100	290	100	380	100

\*HaemophilusInfluenzae (Hi)

\* Neisseria meningitidis (Nm)

\*Streptococopneumoniae (Spn)

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

Hasta periodo epidemiológico XIII las entidades territoriales que notificaron casos de meningitis bacterianas son 33/36, de los cuales el 62,6 % fueron notificados por Bogotá, Antioquia, Valle, Bolívar, Cundinamarca, Cartagena y Santander (ver tabla 2).

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

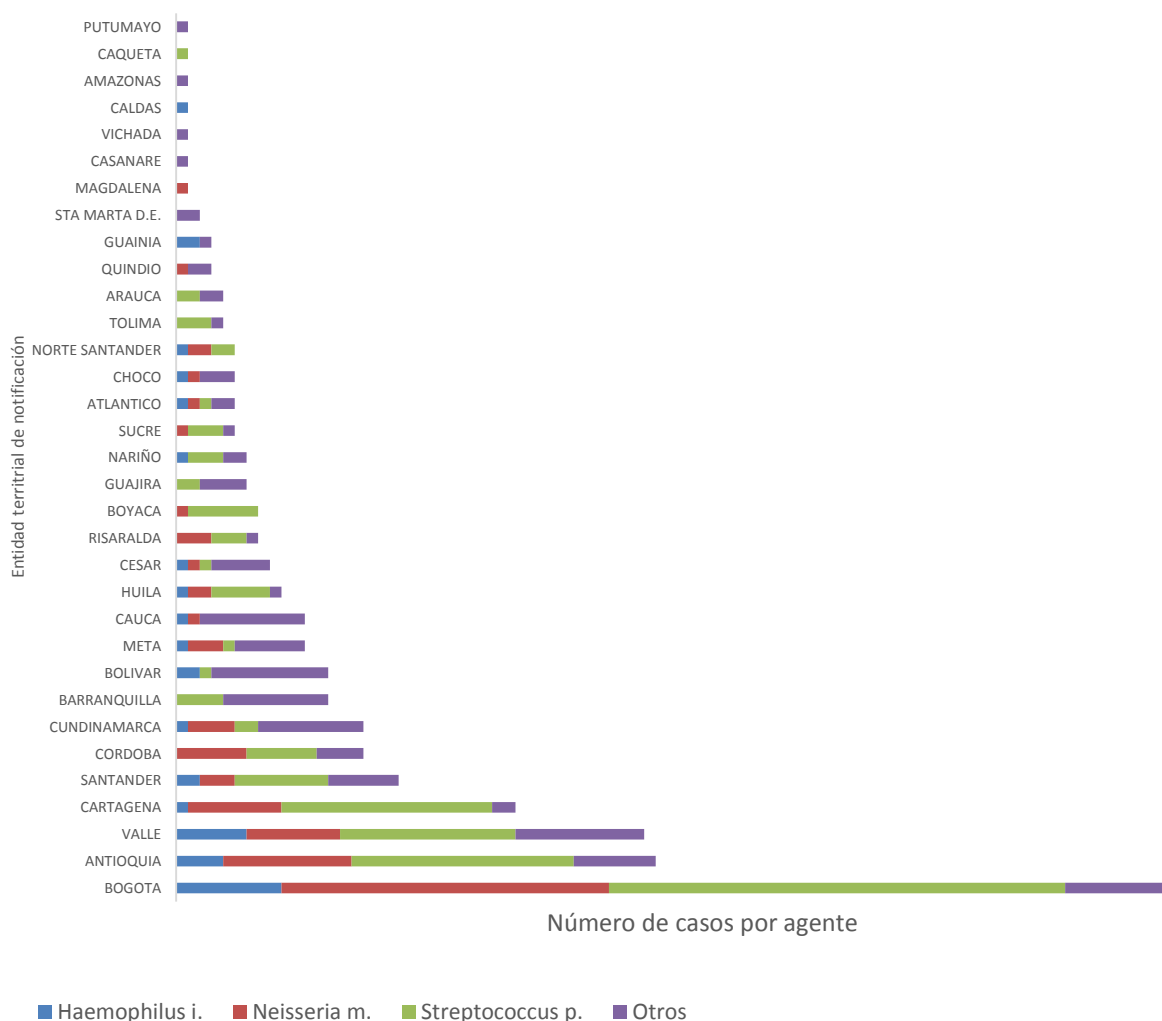
Tabla N° 2.  
Casos de meningitis bacteriana según entidad territorial de notificación y clasificación final a periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2015.

<b>Entidad territorial de procedencia</b>	<b>Probable</b>	<b>Confirmado</b>	<b>Total</b>	<b>%</b>
Bogotá	4	68	72	18,9
Antioquia	2	42	44	11,6
Valle	10	26	36	9,5
Bolívar	13	11	24	6,3
Cundinamarca	8	16	24	6,3
Cartagena	1	20	21	5,5
Santander	3	14	17	4,5
Cauca	9	6	15	3,9
Meta	6	8	14	3,7
Córdoba	6	8	14	3,7
Barranquilla	2	8	10	2,6
Huila	5	4	9	2,4
Cesar	3	4	7	1,8
Tolima	1	6	7	1,8
Choco	3	4	7	1,8
Atlántico	3	3	6	1,6
Boyacá	0	6	6	1,6
Arauca	2	4	6	1,6
Guajira	1	5	6	1,6
Risaralda	0	5	5	1,3
Norte de Santander	0	5	5	1,3
Sucre	1	4	5	1,3
Nariño	0	5	5	1,3
Quindío	1	2	3	0,8
Guainía	1	1	2	0,5
Vichada	1	1	2	0,5
Santa Marta	1	1	2	0,5
Casanare	1	0	1	0,3
Magdalena	1	0	1	0,3
Caldas	1	0	1	0,3
Putumayo	0	1	1	0,3
Amazonas	0	1	1	0,3
Caquetá	0	1	1	0,3
<b>Total</b>	<b>90</b>	<b>290</b>	<b>380</b>	<b>100</b>

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Bogotá, Antioquia, Valle y Cartagena son los departamentos que notifican el 53,3% de los casos de meningitis, donde la meningitis por otros agentes bacterianos es la que registra el mayor número de casos notificados (ver gráfico 4).

Gráfica N° 4.  
Distribución de casos notificados según entidad territorial de procedencia y agente causal, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2015



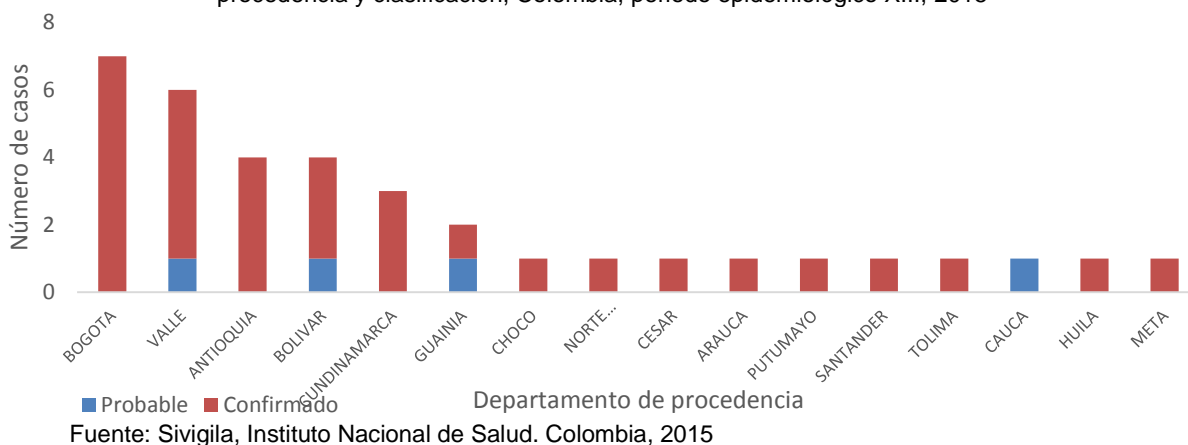
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

#### *Haemophilus influenzae*

De los 36 casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* según su procedencia se evidencia que Bogotá, Valle del Cauca, Antioquia y Bolívar aportan el 62,8 %, por otra parte se resalta que los casos de Bogotá, Cundinamarca y Meta son en su totalidad casos confirmados. (ver gráfico 5).

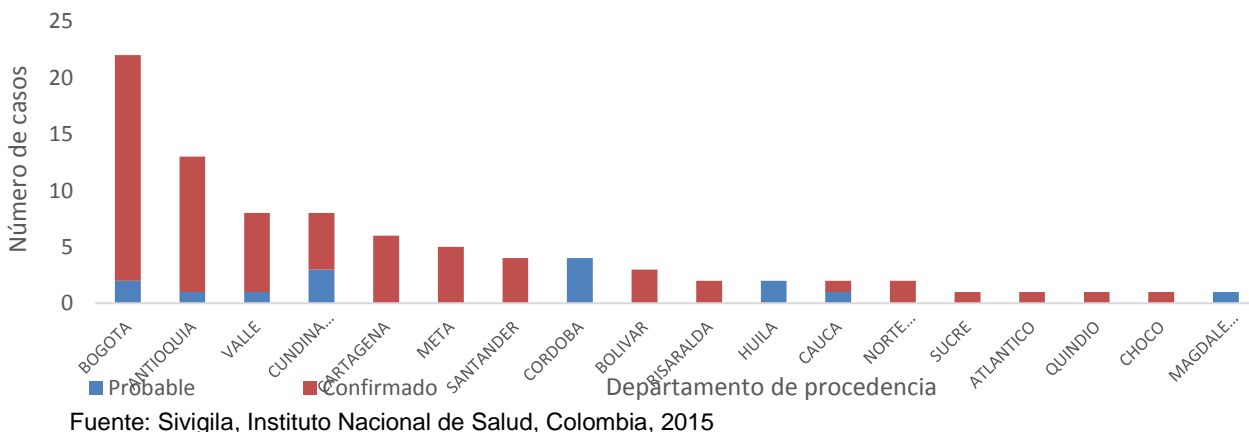
Gráfico No 5. Distribución de casos de meningitis por *Haemophilus influenzae* notificados según entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2015



#### *Neisseria meningitidis*

Los 86 casos de meningitis por *Neisseria meningitidis* fueron notificados por 18 entes territoriales, aquellos con el mayor número de casos según departamento de procedencia fueron: Bogotá, Antioquia, Valle del Cauca, Cundinamarca y Cartagena con el 66,3% (Ver Gráfico 6).

Gráfico N°6. Casos de meningitis meningocócica notificados según entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2015

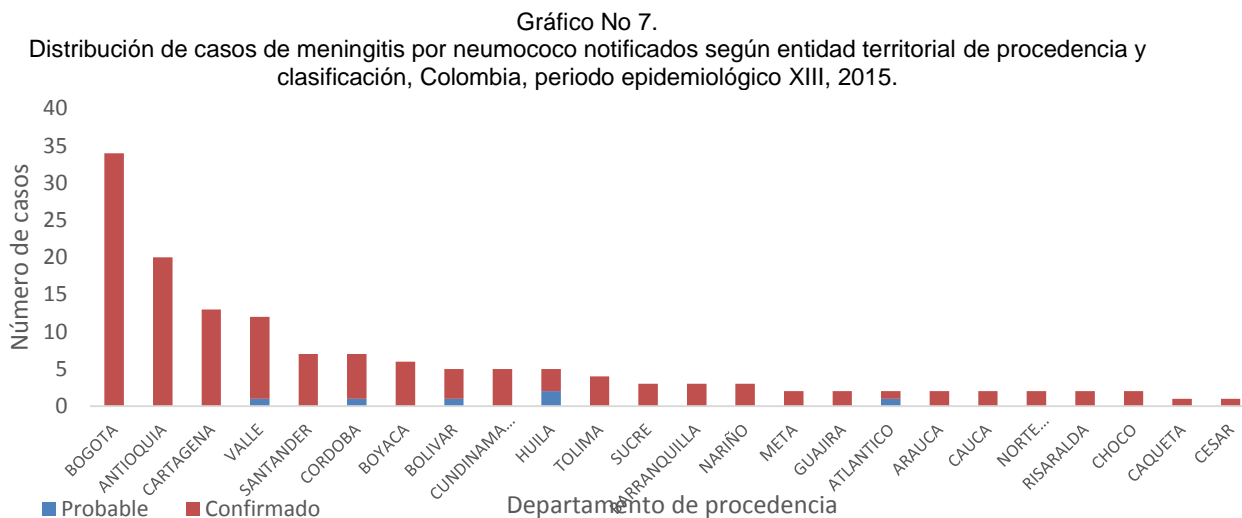




## MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

### *Streptococcus pneumoniae*

Los 145 casos de meningitis por *Streptococcus pneumoniae* fueron notificados por 24 entes territoriales, aquellos con el mayor número de casos notificados según departamento de procedencia fueron: Bogotá, Antioquia, Cartagena y Valle (54,5%)(ver gráfico 7).



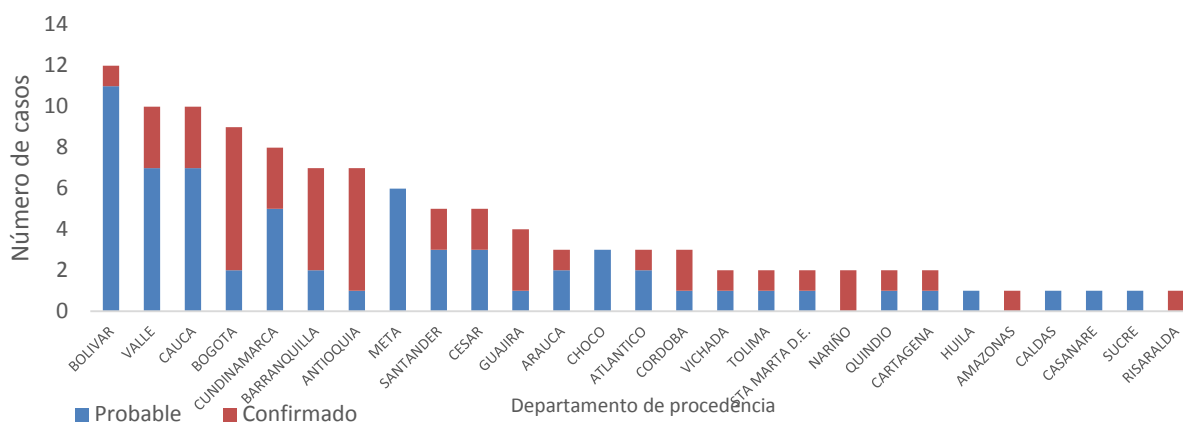
Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

### Otros Agentes

Los 113 casos de meningitis por otros agentes, fueron notificados por (27) entes territoriales, aquellos con el mayor número de casos notificados según departamento de procedencia fueron: Bolívar, Cauca, Valle del Cauca, Bogotá, Cundinamarca, Antioquia, Barranquilla y Meta (61,1%)(ver gráfico 8).

Gráfico N°8. Distribución de casos de meningitis por otros agentes notificados según entidad territorial de procedencia y clasificación, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2015.

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)



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

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

De los 380 casos notificados como probables y confirmados al Sistema de Vigilancia el sexo masculino cuenta con 59,5 % de casos (226/380) y el sexo femenino 40,7 %, de acuerdo a la afiliación se evidencia que un 52,1 % corresponden a población asegurada en régimen subsidiado y el 36,3 % a población afiliada al régimen contributivo, así mismo se registra un 5,5 % de casos sin afiliación, Se identifican 17 casos en población indígena (4,5 %), 22 casos en población Afro (5,8 %) y una mayor notificación en el grupo de edad de menores de 1 años (20,5 %) (ver tabla 3).

Tabla N° 3.  
Comportamiento demográfico y social de los casos de Meningitis, Colombia, a periodo epidemiológico XIII, 2015.

Variable	Categoría	Casos probables y confirmados MBA	%
Sexo	Femenino	154	40,5
	Masculino	226	59,5
Tipo de régimen	Contributivo	138	36,3
	Especial	14	3,7
	No afiliado	21	5,5
	Excepción	9	2,4
	Subsidiado	198	52,1
Pertenencia étnica	Indígena	17	4,5
	ROM, Gitano	2	0,5
	Raizal	2	0,5
	Palenquero		0,0
	Afro colombiano	22	5,8
	Otros	337	88,7
Grupos de edad	Menor de 1 año	78	20,5

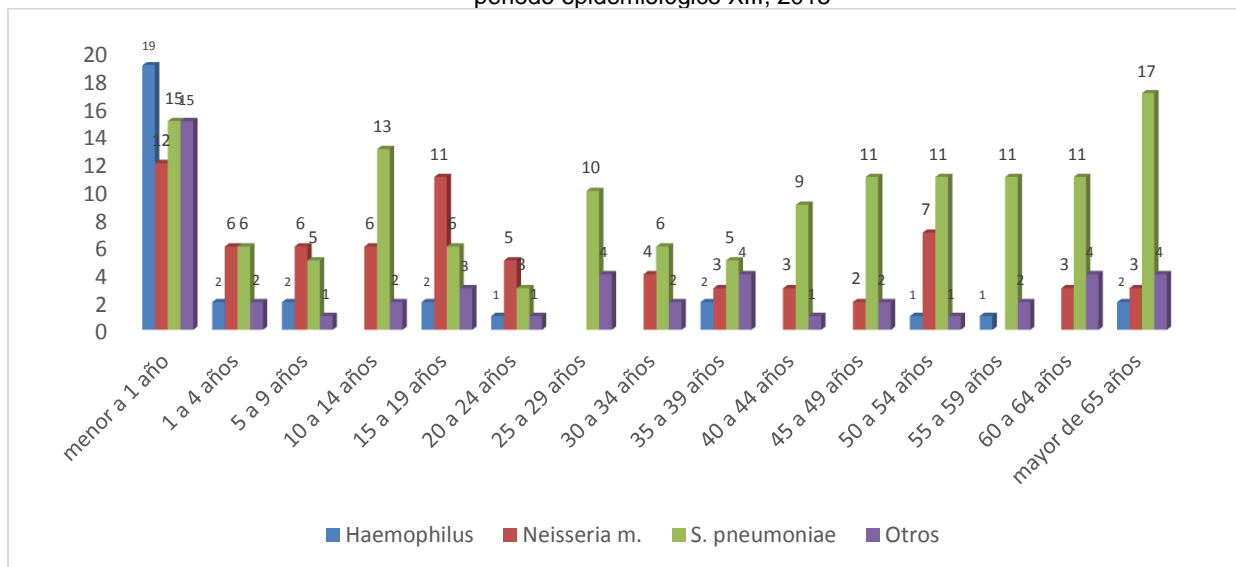
### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

1 a 4 años	26	6,8
5 a 9 años	24	6,3
10 a 14 años	29	7,6
15 a 19 años	25	6,6
20 a 24 años	12	3,2
25 a 29 años	21	5,5
30 a 34 años	14	3,7
35 a 39 años	18	4,7
40 a 44 años	15	4
45 a 49 años	19	5,0
50 a 54 años	24	6,3
55 a 59 años	18	4,7
60 a 64 años	20	5,3
65 y más años	37	9,7

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

De los 290 casos confirmados para meningitis bacteriana y de acuerdo a los grupos de edad con mayor número de casos notificados y confirmados se encuentran los menores de un año con 61 casos, el agente que más afecta a esta grupo etario es el *Haemophilus influenzae*, en el grupo de edad de 65 y más años se evidencia mayormente la presencia de *Streptococcus pneumoniae* con 17 casos (ver gráfica 9).

Gráfico N°9. Distribución de casos de meningitis bacteriana aguda confirmados por grupos de edad, Colombia, periodo epidemiológico XIII, 2015

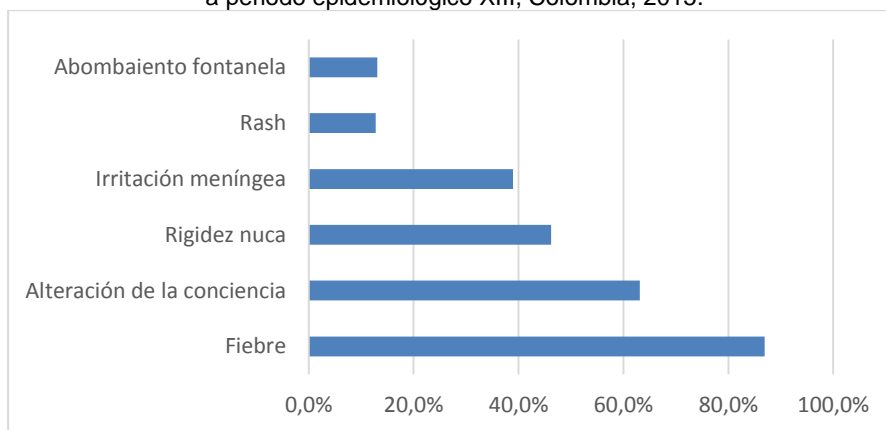


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015

De los 290 casos de meningitis confirmados, 81 refirieron contar con el antecedente de vacunación 43 para Hib, 35 para neumococo y 3 para meningococo. Los signos y síntomas más comunes en los casos confirmados fueron fiebre y alteración de la conciencia (ver gráfica 10).

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Gráfica 10. Signos y síntomas reportados en los casos confirmados de meningitis bacterianas agudas notificados a periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2015.

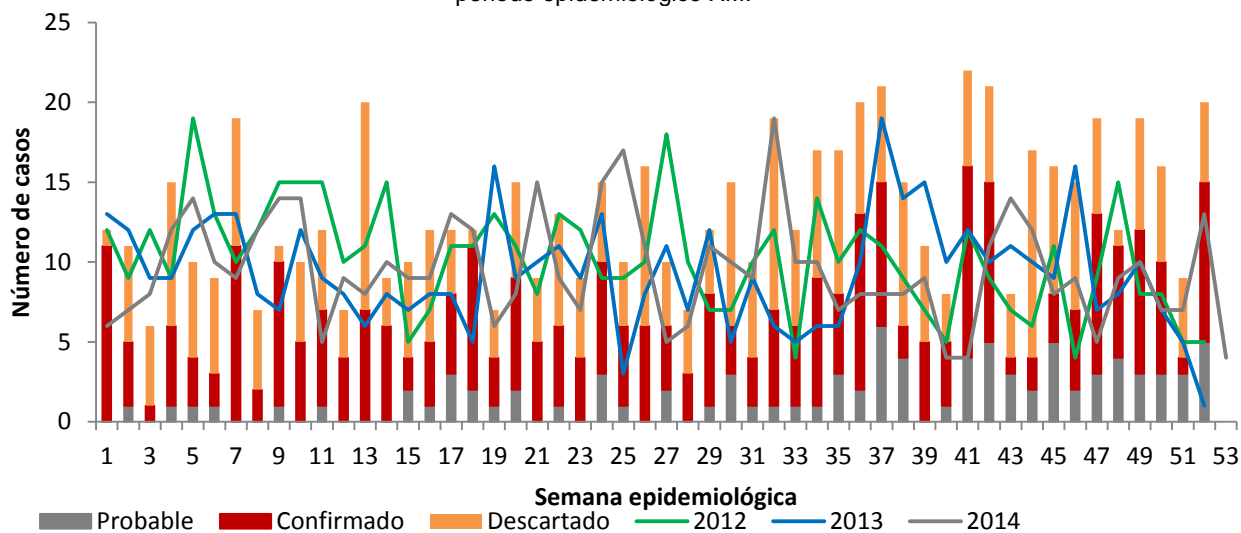


Fuente: Sivigila, Instituto Nacional de Salud, Colombia, 2015

#### 4.4. Tendencia del evento

La notificación de casos de meningitis bacterianas hasta periodo epidemiológico XIII muestra un aumento del 29,1% con respecto al año 2012, del 40,8% con respecto al año 2013 y del 35,5% con respecto al 2014, en el cual se habían notificado 506 casos (ver Gráfico 11).

Gráfico N°11. Tendencia de notificación de casos de meningitis bacteriana aguda, Colombia, 2013– 2015 a periodo epidemiológico XIII.



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

#### 4.5. Comportamiento de los indicadores de vigilancia del evento

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Letalidad: Hasta periodo epidemiológico XIII se notificaron 60 casos con condición final muerte del total de casos confirmados (60/290) para meningitis agudas bacterianas distribuidas así: 40 casos de meningitis por neumococo; 14 muertes por meningitis meningocócica; 3 muertes por otros agentes bacterianos y 3 muertes por meningitis por *Haemophilus Influenzae*.

Otros indicadores:

Tabla 4.  
Indicadores generales de vigilancia de meningitis agudas bacterianas, periodo XIII, Colombia, 2015.

ENTIDADES TERRITORIALES	POBLACION	CLASIFICACIÓN DE CASOS			CONDICIÓN FINAL		
	Población	Probables	Conf. Laboratorio	Descartado por laboratorio	Casos	Incidencia	Tasa
	General				Mortales	x 100000 hab	Letalidad
						población general	
Amazonas	76243	0	1	3	0	1,3	0
Antioquia	6456299	2	42	68	7	0,7	16,7
Arauca	262315	2	4	8	0	1,5	0
Atlántico	2460863	3	3	5	0	0,1	0
Barranquilla	1218475	2	8	4	2	0,7	25
Bogotá	7878783	4	68	21	12	0,9	17,6
Bolívar	2097161	13	11	16	1	0,5	9,1
Boyacá	1276407	0	6	4	2	0,5	33,3
Caldas	987991	1	0	5	0	0	0
Caquetá	477642	0	1	2	0	0,2	0
Cartagena	1001755	1	20	18	7	2,0	35
Casanare	356479	1	0	2	0	0	0
Cauca	1379169	9	6	8	0	0,4	0
Cesar	1028890	3	4	2	0	0,4	0
Choco	500093	3	4	0	1	0,8	25
Córdoba	1709644	6	8	9	2	0,5	25
Cundinamarca	2680041	8	16	6	3	0,6	18,8
Guainía	41482	1	1	3	0	2,4	0
Guajira	957797	1	5	6	3	0,5	60
Huila	1154777	5	4	2	1	0,3	25
Magdalena	1259822	1	0	7	0	0	0
Meta	961334	6	8	2	3	0,8	37,5
Nariño	1744228	0	5	32	2	0,3	40
N. Santander	1355787	0	5	1	2	0,4	40
Putumayo	345204	0	1	9	0	0,3	0
Quindío	565310	1	2	1	1	0,4	50
Risaralda	951953	0	5	5	0	0,5	0
Santander	2061079	3	14	18	2	0,7	14,3
Sta Marta	483865	1	1	0	0	0,2	0
Sucre	851515	1	4	4	2	0,5	50
Tolima	1408272	1	6	10	1	0,4	16,7

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Valle del cauca	4613684	10	26	23	6	0,6	23,1
Vichada	71974	1	1	2	0	1,4	0
<b>TOTAL NACIONAL</b>	<b>48203405</b>	<b>90</b>	<b>290</b>	<b>306</b>	<b>60</b>	<b>0,60</b>	<b>20,7</b>

\* Fuente población: Proyección DANE 2015

\* Fuente información meningitis bacteriana: SIVIGILA Individual 2015

#### 4.6 Descripción de los aislamientos por agente etiológico

Dado que el Sivigila permite el ingreso de los casos como confirmados por laboratorio para las meningitis agudas bacterianas, debería haber una correspondencia entre estos casos confirmados y los aislamientos del Laboratorio de microbiología del Instituto Nacional de Salud. Sin embargo, se ha identificado una deficiencia en la remisión de los aislamientos por parte de las entidades territoriales. De los 290 casos notificados y ajustados como confirmados, 107 (36,9%) cuentan con aislamiento de serotipo o serogrupo según el agente etiológico. Los agentes *Streptococcus pneumoniae* y *Neisseria meningitidis* son los agentes que cuentan con el mayor número de aislamientos (ver tabla 6).

Tabla N°6.  
Número de aislamientos reportados de meningitis agudas bacterianas, periodo XIII, Colombia, 2015

Agente	Serogrupo/Serotipo	Aislamientos
<i>Haemophilus influenzae</i>	b	1
	a	4
	sin aislar	
<b>Total</b>	<b>5</b>	
<i>Neisseria meningitidis</i>	B	11
	C	25
	Y	3
<b>Total</b>	<b>39</b>	
<i>Streptococo pneumoniae</i>	3	1
	4	2
	13	1
	14	2
	38	1
	10F	1
	12F	4
	15A	2
	15B	1
	15C	3
	16F	3
	18A	1
	19A	9
	19B	1
	19F	3
	22F	1
	23A	2
	23B	6
	23F	3
	25A	1
35F	1	
6A	10	
6B	4	

### MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

Total		63
Otros agentes Bacterianos	AGALACTIAE	1
	L. MONOCYTOGENES	1
	LISTERIA	1
	SERRETTIA MERCENSE	1
	ESTAFILOCOCO AERUS	5
	KLEBSIELLA PNEUMONIAE	2
	POR PSEUDOMONA	2
	POSITIVO E.COLI	3
	Staphylococcus Hominis	1
<b>Total</b>		17

Fuente: Sivigila y Sivilab, Instituto Nacional de Salud. Colombia, 2015.

## 1. DISCUSIÓN


En el periodo epidemiológico XIII del año 2015 se notificaron un total de 686 casos a nivel nacional para el evento meningitis bacteriana aguda, donde se observa un aumento en la notificación del 35,5% con respecto al mismo periodo del año inmediatamente anterior donde el total de casos notificados fue de 506.

Este comportamiento se debe principalmente a la vigilancia de otros agentes bacterianos que inicio este año, donde las entidades territoriales notifican un caso de meningitis bacteriana al sospechar de la enfermedad, sin embargo es importante mencionar que muchos de estos casos arrojan resultado de cultivo negativo por la administración previa de antibiótico, quedando como caso probable sin identificación del agente. El 29,7 % (113) de los casos de meningitis corresponden a otros agentes bacterianos donde el 57,5 % de los casos se encuentran como probables y confirmados el 42,5 % de los casos.

Para el periodo epidemiológico en análisis, el 89,2 % de las entidades territoriales notificaron casos de meningitis bacteriana aguda, siendo las entidades territoriales con mayor aporte a la notificación para el evento Bogotá, Antioquia, Valle y Cartagena con el 53,3% de casos.

Si bien dos de los tres agentes causales de meningitis bacteriana aguda 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) solo 81 refirieron contar con el antecedente de vacunación 43 para Hib, 35 para neumococo y 3 para meningococo.

## 2. CONCLUSIONES

 <b>INSTITUTO NACIONAL DE SALUD</b>	<b>PROCESO VIGILANCIA Y ANALISIS DEL RIESGO EN SALUD PÚBLICA</b>	<b>INFORME EVENTO</b>	Versión: 02
			2014 – Jun – 25
		<b>FOR-R02.4000-001</b>	Página 16 de 17

### **MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)**

El comportamiento de la notificación de meningitis bacterianas durante 2015 muestra un aumento en el número de casos ingresados al Sivigila respecto al año inmediatamente anterior, principalmente por la vigilancia de meningitis por otros agentes bacterianos que inicio este año.

De acuerdo con el total de casos notificados como confirmados de meningitis bacterianas, los agentes causales de meningitis más importantes en Colombia son *Neisseria meningitidis* y *Streptococcus pneumoniae*.

El 89,2 % (33/37) de los entes territoriales notificaron al menos un caso de meningitis bacteriana hasta este periodo epidemiológico del año 2015.

El promedio en la notificación de casos de meningitis bacterianas fue de 13 casos por semana epidemiológica.

La letalidad a nivel nacional para las meningitis bacterianas notificadas al Sivigila a periodo epidemiológico XIII fue de 20,7 % a nivel nacional en los casos confirmados.

### **3. RECOMENDACIONES**

La notificación de casos de meningitis bacteriana aguda se debe realizar únicamente a través del código del evento 535 a partir de año 2015.

Al ingresar un caso de meningitis bacteriana aguda con tipo de agente otros, la entidad territorial deberá retroalimentar al INS con el agente aislado para el respectivo caso o ajustar el caso dentro de las cuatro semanas siguientes.

Todo aislamiento obtenido de muestra de un caso de meningitis bacteriana debe ser enviado al laboratorio de Microbiología del INS para su tipificación, igualmente éste debe retroalimentar el resultado para que desde los entes territoriales se ajusten los casos.


La vigilancia de las meningitis bacterianas se debe realizar en coordinación con el laboratorio, con el objeto de que cada oficina de epidemiología de los entes territoriales realice los respectivos ajustes en la notificación e ingresen al Sivigila aquellos pendientes.

Los entes territoriales deben fortalecer las actividades de auditoría de la calidad del dato en cada una de sus UNM y UPGD, así como de la información generada por la misma.

Cumplir con las actividades de realimentación de acuerdo con el flujo de información establecido para el sistema de vigilancia, realizando el ajuste de los casos en el Sivigila durante las cuatro semanas siguientes a su notificación.

Establecer actividades de capacitación desde entes territoriales, municipales y distritales a personal de salud a cerca de protocolos y manejo oportuno de la información que permita optimizar las actividades de vigilancia y control de eventos de interés en salud pública.



 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 17 de 17

## MENINGITIS AGUDA BACTERIANA (MBA)

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

<sup>i</sup>Broome CV. Epidemiology of *Haemophilus influenzae* type b infections in the United States. *Pediatr Infect Dis J* 1987;6(8):779– 782.

<sup>ii</sup>Organización Mundial de la Salud (OMS). *Haemophilus influenzae* type B. <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs294/en/>

<sup>iii</sup>Levine OS, Schwartz B, Pierce N, Kane M. Development, evaluation and implementation of *Haemophilus influenzae* type b vaccines for children in developing countries: current status and priority actions. *Pediatr Infect Dis J* 1998;17:S95–112.

<sup>iv</sup> Organización Panamericana de la Salud (OPS). [http://www.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5461%3Asireva-ii-sistema-de-redes-de-vigilancia-de-los-agentes-responsables-de-neumonias-y-meningitis-bacterianas-&catid=3609%3Ahsd13-laboratory-services-sireva-ii&Itemid=3953&lang=fr](http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5461%3Asireva-ii-sistema-de-redes-de-vigilancia-de-los-agentes-responsables-de-neumonias-y-meningitis-bacterianas-&catid=3609%3Ahsd13-laboratory-services-sireva-ii&Itemid=3953&lang=fr)