

## ARCHIVO HISTÓRICO



El presente artículo corresponde a un archivo originalmente publicado en el **Boletín de la Escuela de Medicina**, actualmente incluido en el historial de **Ars Medica Revista de ciencias médicas**. El contenido del presente artículo, no necesariamente representa la actual línea editorial. Para mayor información visitar el siguiente

vínculo: <http://www.arsmedica.cl/index.php/MED/about/submissions#authorGuidelines>

# LAS EPIDEMIOLOGIAS DE LAS MENINGITIS MENINGOCOCICAS

\* Dr. Francisco Quesney L.

La meningitis epidémica es una enfermedad que cada tanto tiempo hace noticia y tal vez por ello, está permanentemente en el subconsciente del personal médico y también en buena parte del público en general.

Los recientes brotes en diversos puntos del país, casos aislados hábilmente explotados por la prensa, la campaña de vacunación ordenada por el Ministerio en agosto de 1978 y el recuerdo del fatídico brote de los primeros años de la década de 1940 son algunos ejemplos nacionales del hecho comentado, a los que se puede agregar, en el plano internacional, la epidemia brasilera que afectó a más de 40.000 personas en Sao Pablo y poblaciones vecinas, en el pasado reciente.

Quizás ninguna enfermedad presenta como característica substantiva la enorme variabilidad en el resultado de la interacción agente huésped, como ocurre en meningitis meningocócica y tal vez por esta impredecibilidad resulta el hecho de que la enfermedad se sumerja, por años, en el anonimato para luego emerger en forma dramática, con nuevas propiedades, lo que trae a la mente de técnicos y legos, recuerdos inquietantes del mal en el pasado.

Esta gran variabilidad anotada se manifiesta por la coexistencia, en un momento y en una población determinada, de individuos simples portadores de un germen inocuo para ellos, con casos, en personas similares, de una virulencia máxima que los lleva a la muerte por meningococcemias fulminantes en 24 a 48 horas de evolución. Y, también a lo largo del tiempo, por formas epidemiológicas de características variadísimas.

Todo ello incide en que el clínico, el epidemiólogo y la población estén un tanto "en ascuas" frente a las proyecciones futuras que pueden devenir de la notificación de un caso.

En efecto, a pesar de que nada permite pensar que la enfermedad no existiera antes, el mal en su forma epidémica no se describió hasta 1805 cuando ocurrió la primera epidemia histó-

rica en Ginebra (Viesseux). Esa fue su primera forma histórica: **no epidémica**. Con posterioridad a esa fecha, numerosos brotes **epidémicos** fueron notificados y estudiados dando lugar a lo que se podría llamar la epidemiología clásica: enfermedad de **ocurrencia endémica**, con brotes **epidémicos**, usualmente precedidos por un aumento significativo en la tasa de portadores faríngeos del meningococo. Afectaba de preferencia a los grupos etarios jóvenes tanto en edad cronológica, como en edad ambiental en situaciones institucionales: internados, asilos, cuarteles, etc.

La relativa baja difusibilidad del germen que es extraordinariamente lábil a los elementos habituales del ambiente, hacía que las epidemias fuesen de larga evolución, 6 o más años, en comparación con epidemias de otras enfermedades transmisibles que agotaban a los susceptibles en períodos cortos de tiempo. La letalidad de la enfermedad en esta segunda etapa de su evolución histórica era elevada, del orden de 50 - 70% y dejaba un número alto de secuelas en los que sobrevivían.

Buen ejemplo de esta situación fue la epidemia de Chile en 1941 que se grafica en la Tabla N° 1.

| AÑO  | Nº DE CASOS | Nº DE MUERTES | TASA LETALIDAD |
|------|-------------|---------------|----------------|
| 1939 | 8           | 4             | 50%            |
| 1940 | 10          | 3             | 30%            |
| 1941 | 686         | 138           | 20%            |
| 1942 | 5.610       | 892           | 16%            |
| 1943 | 2.699       | 501           | 18%            |
| 1944 | 1.357       | 298           | 22%            |
| 1945 | 750         | 200           | 26%            |

\* Unidad Docente Asociada de Salud Pública  
Escuela de Medicina UC.

---

En el brote aludido, se utilizó la recién descubierta sulfa, tanto con propósito terapéutico, como profiláctico y de la experiencia recogida emergió la gran medida de control: tratamiento de los contactos de un caso con dosis baja de sulfa por algunos días. Con esta simple medida se evitaba la propagación de la enfermedad de un caso a sus contactos y de estos al resto de la población.

Así se inicia la tercera forma histórica de la enfermedad: **epidémica, pero controlable mediante la profilaxis con sulfa.**

Todo el mundo respiró hondo hasta que en 1971, en Sao Pablo, Brasil, estalló un brote epidémico que resultó provocado por un meningococo resistente a sulfa y que por esta razón cobró un número elevado de vidas. El germen involucrado resultó ser sensible a otros antibióticos (rifampicina y otros), pero su uso por costo y toxicidad no fue amplio.

Así la meningitis meningocócica entra en su **cuarta fase epidemiológica, nuevamente epidémica y no controlable, cuando es producida por cepas sulfa resistente.**

Sin embargo esta epidemia permitió ensayar una vacuna anti cepas A y C que se venía elaborando desde algunos años. Si bien la vacuna no fue decisiva en controlar la epidemia brasilera, esta sirvió para comprobar su eficacia en ciertos casos.

Al promediar la década del 70 Chile nuevamente hace noticia en el campo de la meningitis. En efecto, los diversos mecanismos de vigilancia epidemiológica diseñados y aplicados en el país permitieron detectar una situación anormal que apuntaba a la aparición de un brote epidémico en la Región Metropolitana. En efecto, los mecanismos aludidos demostraron:

a) Un aumento cronológico de casos:

1974 : 22 casos  
1975 : 28 casos  
1976 : 37 casos  
1977 : 46 casos  
1978 : 64 casos

b) Concentración geográfica de los casos:

En 1978, 49 de ellos ocurrieron en las áreas Sur y sector poniente del Area Sur - Oriente de Santiago.

c) Aumento significativo de la tasa de portadores por encima de las cifras habituales que eran de entre 15 y 17<sup>o</sup>/o.

d) Aparición de casos fuera de su temporada usual. En efecto, los 49 casos de Santiago, comenzaron desde enero de 1978, en tanto que normalmente los casos se presentan a fines de invierno y principios de primavera.

e) Recuperación de un tipo predominante de meningococo. En este caso fue el C y este demostró ser mayoritariamente sulfa resistente.

Con estos antecedentes, el Ministerio decidió una campaña masiva de vacunación, en la Región Metropolitana, que alcanzó a un millón doscientos mil sujetos entre las edades de 2 y 18 años.

Los resultados de esta medida son aún inciertos, dado lo que demora una epidemia en desarrollar todo su potencial, pero ellos parecen positivos.

En 1979 hubo 203 casos en el país, con 77 en la región Metropolitana y 43 en un brote aislado en Osorno.

En 1980, en los primeros 8 meses se han notificado 91 casos, de los cuales 47 corresponden a la Región Metropolitana con lo que se puede predecir que la epidemia en ciernes fue aparentemente abortada en forma oportuna con el uso masivo de la vacuna en la zona foco.

Más claro se ve el éxito de la vacunación en un brote aislado en la provincia de Osorno que ocurrió en 1979.

La cronología de los casos y el uso de la vacuna se muestran en la Tabla N°2.

| SEMANA N° | N° CASOS                             |
|-----------|--------------------------------------|
| 28        | 4                                    |
| 29        | 1                                    |
| 30        | 7                                    |
| 31        | 17 -----Vacunación 200.000 personas. |
| 32        | 6                                    |
| 33        | 3                                    |
| 34        | 3                                    |
| 35        | 2                                    |
| 36        | 0                                    |

Finalmente, como elemento de evaluación de la vacuna, se tienen los datos obtenidos de casos ocurridos con posterioridad a la campaña.

En efecto, en 45 casos ocurridos en 1980, en los que se aisló el meningococo, el 31% ocurrió en menores de dos años, o sea no vacunados.

Un 31.2% ocurrió en mayores de 20 años y por lo tanto tampoco vacunados. Un 29% ocurrió entre 2 y 5 años y en ellos se supone que la mitad no fue vacunado. O sea que al menos el 78% de los casos han sido en personas ciertamente no vacunadas. El resto puede explicarse o por fracasos de la vacuna (ninguna es 100% efectiva) o del programa (ninguno logra la cobertura ideal).

Así, parece que se entra en la quinta epidemiología de las meningococias, la de la enferme-

#### dad controlable por la vacuna.

Sin embargo, desde España se comunica la existencia de un brote producido por el tipo B, sulfa resistente y para el que no se ha logrado una vacuna.

¿Es ello una sexta forma epidemiológica o un retroceso a la cuarta?.

Esta comunicación, no pretende agotar el tema de la epidemiología de la meningitis epidémica, sino que solamente alertar al clínico sobre el momento especial que vive el país en relación al problema e instarlo a que ante cualquier caso sospechoso agote todos los medios en procura de ubicar al agente causal, su tipo y la sensibilidad o resistencia de éste a sulfa y otros antibióticos que se puedan usar con fines profilácticos.