

ALERTA EPIDEMIOLOGICA

SÍNDROME INFECCIOSO CONFIRMACION DE MENINGOCOCEMIA (ENFERMEDAD CAUSADA POR LA BACTERIA *NEISSERIA MENINGITIDIS*) EN LA A LOCALIDAD DEL ESTRECHO, PROVINCIA DEL PUTUMAYO, DEPARTAMENTO DE LORETO.

CODIGO: AE N°08-2024

1. Objetivo

Alertar al personal de los establecimientos de salud a nivel Regional ante la presencia de síndrome febril con signos y síntomas compatibles a enfermedad meningocócica con el fin de fortalecer la vigilancia, investigación epidemiológica e intensificar y garantizar la implementación de las medidas de intervención integradas, para evitar nuevos contagios.

2. Antecedentes

- La *Neisseria meningitidis* (Nm), también conocida como meningococo, es un Diplococo Gram-negativo encapsulado, puede encontrarse intra o extracelularmente en la sangre en leucocitos polimorfonucleares. Las diferencias en la composición permiten clasificar 13 serogrupos de meningococo siendo que seis serotipos (A, B, C, W, Y, X) se asocian usualmente con enfermedad.
- En Latinoamérica, la verdadera carga de la enfermedad meningocócica es subestimada en la mayoría de los países, en la actualidad. Así tenemos, un estudio de revisión de la literatura encontró tasas de incidencia en el periodo 2008-2011 muy diferentes, variando desde menos de 0,1 a 1,8 por 100 000 habitantes, dependiendo del país y año. Esas tasas representan baja endemidad (menos de 2 casos por 100 000) y están por abajo del límite para ser considerado de alto riesgo para la recomendación de la vacuna en los programas nacionales de inmunización o para el control de brotes, según la OMS. Sin embargo, esas tasas deben ser interpretadas con cuidado debido al desafío que es la notificación de la enfermedad en la Región, que puede parcialmente explicar las diferencias en la incidencia.
- La incidencia de la enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es más alta en niños menores de un año y sigue relativamente alta hasta aproximadamente los 5 años. A pesar de la tendencia a disminuir en niños más grandes, vuelve a

aumentar en adolescentes y en adultos jóvenes especialmente cuando están compartiendo viviendas colectivas. La incidencia vuelve a disminuir en adultos.

- La morbilidad y la mortalidad de la EMI es substancial, con una letalidad entre 10% y 15%, alcanzando el 40% en los casos de meningococemia. En Latinoamérica, se estima que uno en cada cinco casos de EMI fallece.
- La meningococemia es una forma rara de la infección que ocurre cuando se disemina por la vía sanguínea, o sea, una septicemia, la cual puede presentarse con o sin meningitis. Se observa un exantema que, al comienzo, es de tipo eritematoso y macular y que evoluciona rápidamente a erupción petequiral y, eventualmente, equimosis.
- El meningococo puede colonizar la orofaringe humana produciendo peligrosamente el estado de portador. Tanto puede transmitir a otra persona cuanto puede progresar para una enfermedad invasiva resultando en meningitis, septicemia/meningococemia o ambas.
- La más alta prevalencia de portadores del meningococo en la nasofaringe está entre los adolescentes y adultos jóvenes; es menos frecuente en niños pequeños y en adultos.
- La tasa de mortalidad, incluso con tratamiento con antibióticos, es de alrededor del 17% para los adultos < 60 años, pero hasta el 37% en los > 60.

3. SITUACION ACTUAL

En la semana epidemiológica 34-2024, la IPRESS I.3 Estrecho informo a la Geresa Loreto que, el día 21 y 23 de agosto se presentaron 3 pacientes con síndrome febril y con signos compatibles a meningitis, todas del sexo femenino.

1er caso:

Paciente **de 18 años**, de la etnia secoya, vive en la localidad del Estrecho, estudia en el instituto tecnológico de la misma ciudad, el 14/08/2024 acude a visitar a su familiares en la localidad de Bellavista del distrito de Teniente Manuel Clavero, el 21/08/2024 a 7:20 am, acude a la emergencia del Centro de Salud Estrecho, acompañada de familiar, por presentar de lipotimia, síndrome de alza térmica, escalofríos, mialgia y artralgias intensa que dificulta la deambulaci3n, adem3s de cefalea de moderada intensidad e infecci3n conjuntival; diagn3stico de shock hipovol3mico, septicemia, con diagn3stico de probable leptospirosis.

Paciente ingresa a día 22/08/2024 a las 8:40 horas al servicio de Uci medicina para manejo crítico en donde es evaluado por medico de turno quien diagnostica: IRA en Ventilación Mecánica, Shock séptico por foco respiratorio, neumonía, shock séptico, sospecha de meningococemia invasiva con evolución estacionaria, ante la sospecha de meningococemia se realiza biopsia de piel.

2do caso:

Paciente de 14 años, refiere que hace más o menos 2 días presenta dolores polimioarticulares intensos, dolor de cabeza intenso, náuseas y mareos, refiriendo que hace 1 día presentó dificultad respiratoria y moretones en todo el cuerpo con diagnóstico: Shock séptico, purpura trombocitopenia, neumonía no especificada.

3er Caso

Paciente de 14 años de edad sexo femenino, es referida del establecimiento de Salud I-4 Estrecho por presentar fiebre, escalofríos, cefalea, artralgia, mialgias de moderada intensidad en miembros inferiores, observando en piel lesiones purpuras, difusas, hipotensa, febril AMEG, MEH, REN. En mal estado General. Diagnóstico: Septicemia no especifica, Meningococemia Aguda

En la fecha 26 de agosto del 2024 se tiene resultado de hemocultivo a uno de los pacientes obteniéndose el siguiente resultado microbiológico: morfología compatible con diplococos gram negativo en forma de granos de cafe, que es la característica de la bacteria meningitis.

Ante este resultado la gerencia regional de salud Loreto y la ipress estrecho han realizado la intervención correspondiente con un equipo de profesionales de medidas preventivas incluyendo la quimioprofilaxis en contactos cercanos.

En este contexto y ante el riesgo de pacientes con signos de meningitis meningococica o meningococemia (enfermedad causada por la bacteria *Neisseria meningitidis*) en la comunidad de San Antonio del Estrecho (frontera con Colombia), la Dirección de Epidemiología de la Gerencia Regional de Salud Loreto en coordinación con el Centro Nacional de Prevención y Control de Enfermedades, emiten la presente alerta para su implementación y cumplimiento.

RECOMENDACIONES

1. Vigilancia e investigación epidemiológica

- Fortalecer la vigilancia de febriles en todos los establecimientos de salud reforzando el diagnóstico diferencial, a fin de realizar la identificación, notificación, e investigación oportuna de los casos probables y atención adecuada.
- Búsqueda activa a los contactos de los casos mediante el cerco epidemiológico.

2. Diagnóstico laboratorial

- Tipo de Muestras:
 - ✓ Líquido Cefalorraquídeo (LCR): La muestra principal para confirmar meningitis meningocócica. Se obtiene mediante una punción lumbar (espinal). El LCR se analiza para detectar la presencia de bacterias, células inflamatorias, y otros indicadores de infección.
 - ✓ Sangre: Para realizar hemocultivos que puedan detectar la presencia de Neisseria meningitidis en casos de sepsis o bacteriemia.

3. Manejo de casos quimioprofilaxis

- El diagnóstico precoz y el tratamiento oportuno son críticos, la sospecha diagnóstica es de vital importancia para inicio inmediato de la terapia antimicrobiana correcta, evaluar la quimioprofilaxis para los contactos y también para iniciar la toma de las medidas apropiadas en el caso de un brote.
- Siempre que sea posible, debe realizarse una punción lumbar y hemocultivos antes de iniciar la terapia antibiótica, pero nunca ha de demorarse el inicio del tratamiento a la toma de muestras microbiológicas.
- Las personas con más riesgo de contraer la infección son: contactos domiciliarios; otros contactos íntimos, especialmente niños (contactos escolares, personas que hayan comido o dormido con el paciente por lo menos 4 horas diarias, en un radio de 1 metro en los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad); personal de salud en contacto con secreciones orales del paciente (ejemplo: reanimación boca a boca).
- Contactos en guardería, institutos o escuelas que tuvieron contacto con un paciente sospechoso o confirmado

- La quimioprofilaxis para los contactos íntimos se realiza con una de las siguientes opciones:
 - ✓ Rifampicina:
 - Adultos: 600 mg vía oral, cada 12 horas, por 4 dosis
 - Niños > 1 mes: 10 mg/kg peso cada 12 horas, por 4 dosis
 - Niños < 1 mes: 5 mg/kg peso cada 12 horas, por 4 dosis o
 - ✓ Ceftriaxona:
 - Adultos: 250 mg vía IM, una dosis. De elección durante el embarazo
 - Niños < 15 años: 125 mg vía IM, una dosis o
 - ✓ Ciprofloxacina:
 - Adultos: 500 mg vía oral, una dosis.
- 4. Medidas de prevención y control de infecciones
 - La transmisión se produce por gotículas de secreciones respiratorias, para la cual se requiere contacto cercano de por lo menos 4 horas diarias, en un radio de 1 metro en los 7 días anteriores al inicio de la enfermedad; o contacto íntimo con las secreciones respiratorias como ocurre en besos, resucitación boca a boca, intubación traqueal o aspirado de secreciones nasofaríngeas, en el caso de personal de salud. Todos los casos deben ser hospitalizados, con uso de precauciones estándar y precauciones para la transmisión a través de gotículas.
 - Se recomienda el uso de mascarilla para contactos de menos o igual a un metro, por al menos 24 horas desde el inicio del tratamiento efectivo.
 - Aislamiento de los casos en habitaciones individuales, si no es posible, ingresar los pacientes en cohortes. Las precauciones de aislamiento se han de mantener hasta 24 horas después del inicio del tratamiento antibiótico.
 - Uso de mascarilla para el personal de salud que realiza una punción lumbar.
 - Lavados de manos