

INFORME DE CIERRE AÑO 2022 PAROTIDITIS

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

1. INTRODUCCIÓN

La parotiditis es una enfermedad vírica aguda que se caracteriza por fiebre, hinchazón y dolor al tacto de una o más glándulas salivales, por lo regular la parótida, y a veces las sublinguales o las submaxilares. Muchas de las infecciones parotídicas se han acompañado de síntomas de las vías respiratorias, particularmente en los niños menores de 5 años. La parotiditis origina pérdida neurosensorial de la audición en los niños. Por lo general, el virus se disemina desde una semana antes hasta una semana después del inicio de los síntomas, aunque la ventana parece ser más estrecha en personas vacunadas. La capacidad de contagio de las personas es mayor uno o dos días antes del inicio de los síntomas. La parotiditis es de distribución universal y afecta a ambos sexos por igual, ocurre en todo el mundo y el ser humano es el único huésped natural conocido. El virus de las paperas es la única causa conocida de la parotiditis epidémica. La enfermedad produce inmunidad de por vida (1).

Son raras las secuelas permanentes como parálisis, convulsiones e hidrocefalia, y también rara vez los enfermos mueren por la parotiditis. La parotiditis durante el primer trimestre del embarazo puede aumentar la tasa de aborto espontáneo, pero no hay pruebas definitivas de que la enfermedad durante la gestación produzca malformaciones congénitas. La parotiditis infecciosa se identifica con menor regularidad que otras enfermedades transmisibles comunes de la niñez, como el sarampión y la varicela, aunque los estudios serológicos indican que 85% o más de los adultos han tenido parotiditis infecciosa sin que hubieran sido vacunados. Cerca de una tercera parte de las personas susceptibles y expuestas tienen infecciones no manifiestas; muchas de las infecciones de los niños menores de 2 años de edad son subclínicas (2).

1.1. Comportamiento del evento en el mundo

La parotiditis es endémica en todo el mundo, con epidemias cada tres a cinco años en poblaciones no vacunadas. Estas epidemias casi siempre ocurren en sitios en los que se congregan niños y adultos, como en escuelas, batallones militares y otras instituciones. En países sin programas nacionales de vacunación, la incidencia general calculada es de 100 a 1000 casos por cada 100.000 habitantes. Después de la introducción de la vacuna en Estados Unidos en 1967, el número de casos informados se redujo de forma drástica. Para 2001 se informaban <300 casos, lo que representa una disminución de 99.8% con respecto a las tasas previas a la vacunación. La incidencia de parotiditis se mantuvo en niveles bajos históricos en Estados Unidos hasta 2006, cuando se

informaron 6.584 casos, el mayor brote desde 1987. Al momento del brote de 2006, la enfermedad mostraba un resurgimiento mundial, incluso en poblaciones con alto nivel de cobertura de vacunación (3).

El número de casos informados en Estados Unidos disminuyó de manera súbita en los dos años siguientes, pero luego hubo nuevos picos en 2009 a 2010, con brotes focales. Un estudio del CDC mostró que la cobertura con dos dosis de la vacuna de sarampión parotiditis-rubeola en las principales ciudades de Estados Unidos se mantiene en el nivel necesario, o muy cerca de éste, para contener estas infecciones infantiles. Sin embargo, las zonas focales con vacunación insuficiente aún dejan en riesgo a algunos niños. Todavía se informan brotes de parotiditis esporádicos a gran escala en todo el mundo (3).

En los Estados Unidos, la incidencia de parotiditis ha disminuido considerablemente desde que se comenzó a usar en forma amplia la vacuna antiparotídica aprobada en 1967 (1). Esta disminución se ha observado en todos los grupos de edad, pero con los programas eficaces de inmunización para los niños y los preescolares, actualmente el mayor riesgo de la infección se observa en los niños de mayor edad, los adolescentes y los adultos jóvenes. En el decenio de 1980, los brotes de parotiditis se atribuyeron al hecho de que no se había inmunizado a las personas susceptibles, pero los brotes más recientes han aparecido en poblaciones vacunadas prácticamente en su totalidad. En el decenio de 1990 disminuyó de modo sostenido la incidencia anual de parotiditis. En 1997 se notificaron en los Estados Unidos menos de 700 casos de la enfermedad (2).

Los estudios epidemiológicos han demostrado que el 85 - 90% de la población no inmunizada adulta presenta anticuerpos protectores, pero la infección en los adultos no inmunes produce generalmente enfermedad más severa que en la infancia. Antes de la era vacunal la incidencia era de entre el 0,1% y el 1% (y hasta el 6%), produciéndose de forma endémica en climas cálidos y en forma de picos de incidencia en climas templados. Con la vacunación se ha obtenido disminución de la incidencia en todos los grupos de edad (4).

1.2. Comportamiento del evento en Las Américas

Aunque la parotiditis siempre había sido una enfermedad de niños no vacunados, con la mayor proporción de casos ocurridos en niños de cinco a nueve años de edad en la era previa a la vacuna, ahora la parotiditis a menudo ocurre en grupos de mayor edad, sobre todo en adolescentes, la mayoría de los cuales se vacunó en la infancia temprana. Este cambio en la distribución de edad y la presencia de parotiditis en poblaciones vacunadas quizá sea resultado de varias circunstancias coincidentes que incluyen hacinamiento y condiciones de salud desfavorables entre otras; la disminución de la inmunidad está facilitando la aparición de brotes en personas vacunadas (5).

El notable declive con el tiempo de la inmunidad producida por la vacunación contra parotiditis puede deberse a los títulos descendentes y a la menor avidéz de los anticuerpos (3). El

desvanecimiento de la inmunidad a parotiditis con el tiempo se respalda con estudios que sugieren que una tercera dosis de vacuna triple viral (SRP) reduciría de manera significativa la tasa de la enfermedad (6). Sin embargo, estos estudios no están bien controlados para descartar la posibilidad de que los declives observados en la incidencia de parotiditis no se relacionaran con la intervención (3).

Con la introducción de la vacuna, la parotiditis vírica aguda disminuyó su incidencia, así como la aparición de complicaciones, además, ha desaparecido la mortalidad por parotiditis, la cual era de dos por cada diez mil casos en Estados Unidos, en época prevacunal. En México, como en muchas regiones del mundo, se han presentado brotes en comunidades con altas coberturas de vacunación, situación que debe investigarse, para establecer intervenciones oportunas que reduzcan la incidencia de la enfermedad.

1.3. Comportamiento del evento en Colombia

En Colombia, desde 2010 a 2020 se han notificado al Sistema de Vigilancia epidemiológica 143.019 casos, siendo en 2018 donde se registró el mayor número de casos (19.317), con un promedio de 196 casos notificados por semana. Durante este periodo, se evidencia un pico en la notificación de casos durante 2010 y 2011 con 10.383 y 16.127 casos, respectivamente. El segundo incremento se presentó entre 2016 a 2018. Los años epidémicos identificados corresponden al 2011 y 2018, dados los incrementos significativos con aumento de las incidencias cada seis a siete años (1).

Durante 2020 la incidencia de casos en población general reportada fue de 10,7 por

100.000 habitantes y en población menor de cinco años de 14 por 100.000 menores de cinco años. La población más afectada por grupo de edad corresponde a jóvenes entre los 20 a 24 años, seguido a personas de 25 a 29 años. Por pertenencia étnica los grupos indígenas representaron el 1 % y la población privada de la libertad el 4,8 % (1).

Para el periodo epidemiológico XIII del 2021, en Colombia se registraron 3061 casos de parotiditis, con una disminución del 41% frente al mismo periodo del año previo. La incidencia fue de 6 casos por 100.mil habitantes en población general y de 11,4/100.000 en menores de 5 años. Las mujeres fueron las más afectadas con un 53,5% de los casos y el 0,85% de las notificaciones ocurrió en policía y fuerzas militares, 0,8% en indígenas y 0,3 en población privada de la libertad (7).

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivos General:

Caracterizar en tiempo, espacio, persona, características socio-demográficas, clínicas y antecedentes epidemiológicos, los casos de parotiditis notificados en el departamento de Antioquia durante el año 2022.

2.2. Objetivos específicos:

- Dar a conocer el comportamiento de la parotiditis en Antioquia, para documentar el comportamiento del evento durante el 2022.
- Analizar sistemáticamente el proceso de vigilancia del evento a través de información del SIVIGILA como apoyo para la toma de decisiones.

3. MATERIALES Y MÉTODOS

El presente es un informe de análisis descriptivo retrospectivo del comportamiento del evento parotiditis, cuyos casos fueron notificados como confirmados, consolidado del año 2022, la fuente de información es el aplicativo SIVIGILA el cual es alimentado por los datos que provienen de las Unidades Primarias Generadoras del dato de Antioquia. Las variables de estudio incluyen las definidas en la ficha de notificación de datos básicos, definidos por el Instituto Nacional de Salud (INS). El equipo técnico de la Secretaría Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia (SSYPSA) realizó análisis de calidad de los datos en cuanto a duplicidad y consistencia.

Se analizaron las siguientes variables: variables nominales: municipio de procedencia, municipio de notificación, semana epidemiológica de notificación, pertenencia étnica, sexo, seguridad social, área de ocurrencia del caso y grupo poblacional; variables de razón: grupos edad del paciente y número de casos con parotiditis notificados por subregión.

Se muestran los indicadores de proporción de incidencia en población general y por grupos etarios en quinquenios; el indicador para cada grupo poblacional se calculó con base en los casos notificados por municipio de procedencia durante el periodo sobre la población proyectada por DANE 2022 para población general y para cada grupo de edad.

Plan de recolección de datos: se consolidó y analizó la información de todos los registros notificados en hoja de cálculo de Microsoft Excel. Plan de análisis: se realizó una descripción general de las variables sociodemográficas, calculando las proporciones para los datos cualitativos. Se elaboraron tablas de frecuencia con análisis porcentuales. Se analizó el cálculo de indicadores descritos en el protocolo de vigilancia epidemiológica. En cuanto al tiempo se tomó toda la notificación del año 2022.

4. RESULTADOS

4.1. Comportamiento de la notificación

Durante el 2022 se notificaron un total de 724 casos de parotiditis en el departamento. La distribución de los casos se puede observar en la **figura 1**, donde se observa que el menor número de casos notificados por Semana Epidemiológica ocurrió en la semana 13 con 1 caso, y el máximo número de notificaciones ocurrió en la semana 52 con 22 casos.

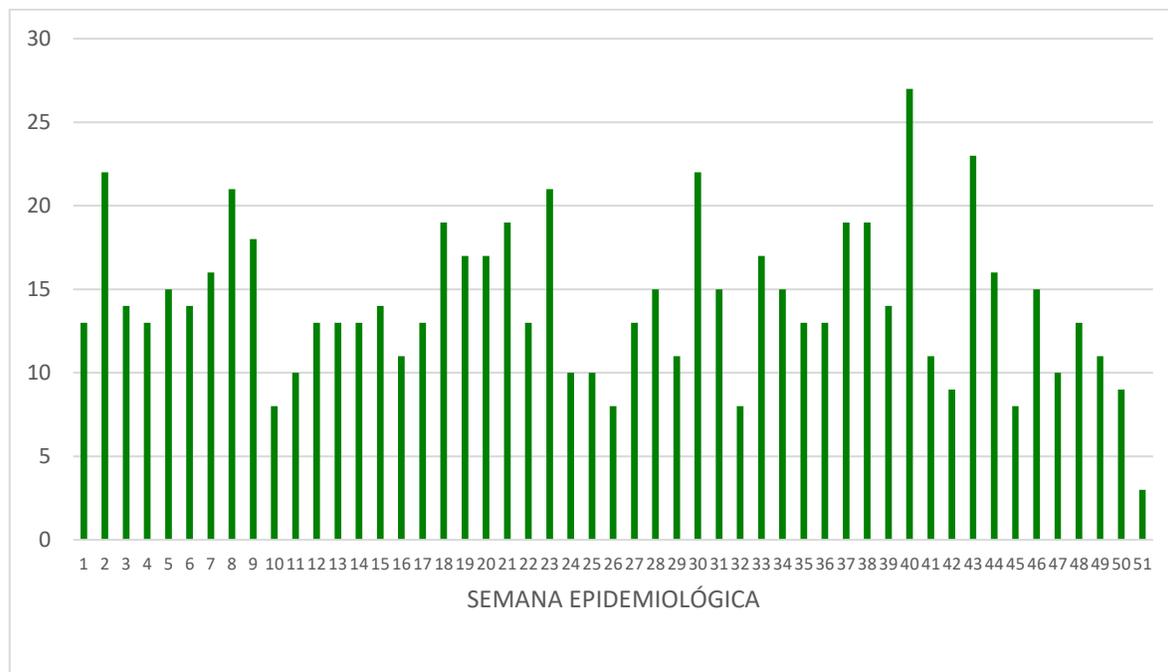


Figura 1. Distribución de notificaciones por semana epidemiológica en Antioquia durante el 2022.

4.2 Magnitud en lugar y persona:

La distribución por sexo de los casos permite identificar que el mayor porcentaje fue encontrado en mujeres con un 57% (410 mujeres) (**Figura 2**).

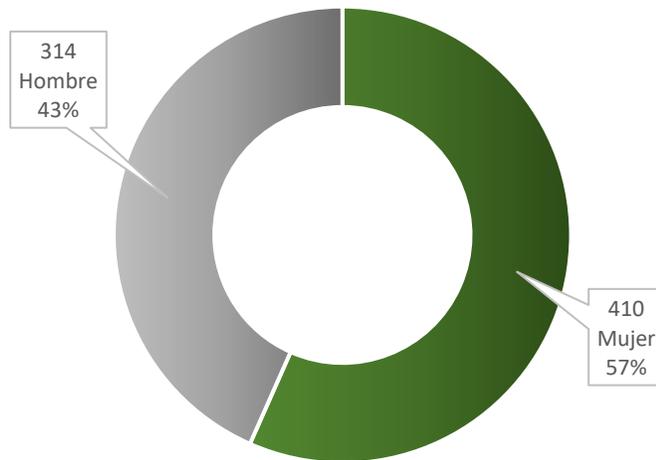


Figura 2. Distribución porcentual de los casos de parotiditis, por sexo. Antioquia, 2022.

Al analizar la variable sexo y edad, se encuentra que el mayor número de casos notificados ocurrió en las mujeres de 65 años y más. Por su parte, también se encontró un elevado número de notificaciones en los hombres menores de 9 años, con un estrechamiento en la pirámide tanto para hombres y mujeres entre los 15 y 19 años. También se destaca que se observa un incremento mayor en mujeres que en hombres entre los 25 y 39 años (**Figura 3**).

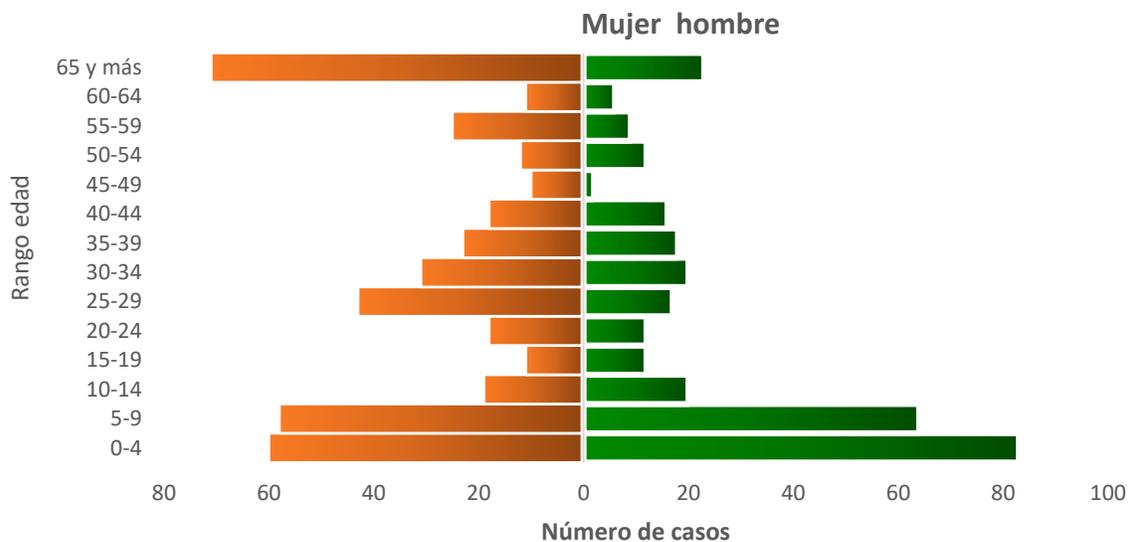


Figura 3. Pirámide poblacional de los pacientes con parotiditis. Antioquia, 2022

Al analizar las incidencias, la mayor carga se encuentra entre los 0 y 4 años con 30,9 casos por cien mil habitantes, seguido por el grupo de 5 y 9 años con 25,9 casos por cien mil habitantes. El grupo

entre 65 y más años también representa buena proporción con 12,9 casos por cien mil habitantes (Figura 4).

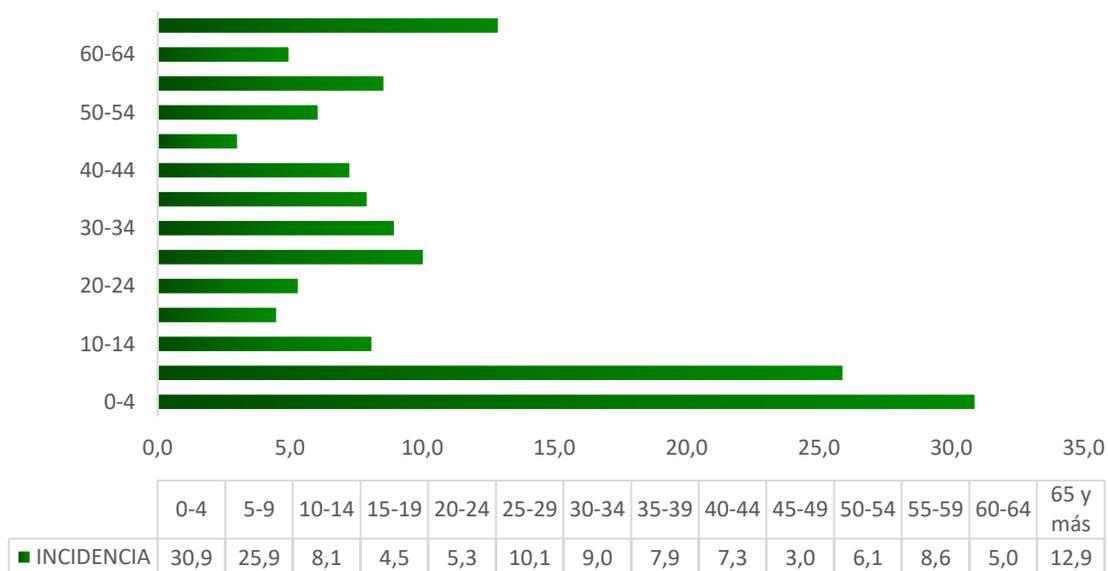


Figura 4. Tasa de incidencia de parotiditis, por grupos de edad. Antioquia, 2022

Con respecto a las incidencias por sexo (figura 5), se encontró mayor ocurrencia en los hombres entre los 0 a 4 años y 5 a 9 años. En cambio, en las mujeres las mayores incidencias se presentan entre los 65 y más años. Nuevamente se encontró una disminución notable entre los 15 y 19 años, observándose menores incidencias en las mujeres con 4,4 casos por cien mil habitantes.

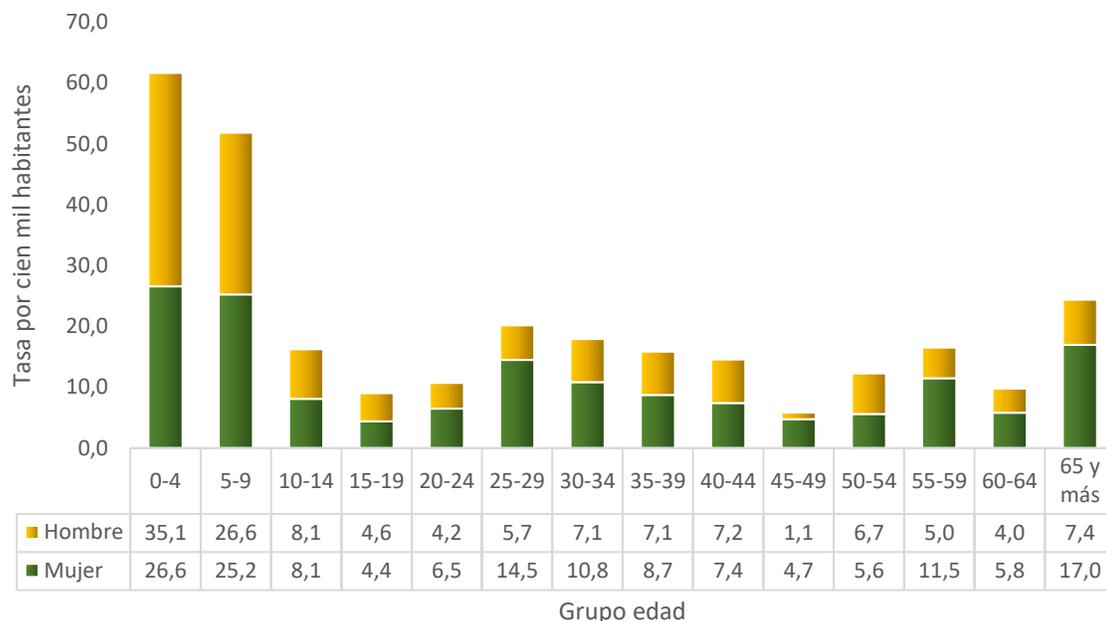


Figura 5. Incidencia de parotiditis, según grupos de edad y sexo. Antioquia, 2022

En cuanto al área de procedencia de los casos notificados, se observó que la mayor proporción de casos provienen del área urbana con 92,3% (668 casos), el porcentaje restante es procedente del área rural. El 79,8% de casos pertenecía al régimen contributivo y el 2,9% no estaba afiliado; el 0,1% de casos ocurrió en indígenas y la mayor proporción de casos ocurrió en pacientes del estrato socioeconómico 3 (26,1%) (**Tabla 1**).

Tabla 1. Datos sociodemográficos casos parotiditis Antioquia 2022

Característica	Categorías	Casos	%
Área de procedencia	Urbana	668	92,3
	Rural	56	7,7
Régimen de seguridad socia	Contributivo	578	79,8
	Subsidiado	112	15,5
	No afiliado	20	2,8
	Excepción	12	1,7
	Indeterminado	2	0,3
	Pertenencia étnica	Indígena	1
	Negro/mulato	1	0,1
	Otro	722	99,7
Estrato socioeconómico	1	56	7,7%
	2	166	22,9%
	3	189	26,1%

Característica	Categorías	Casos	%
	4	167	23,1%
	5	6	0,8%
	6	3	0,4%
	Sin dato	137	18,9%

Con respecto a las variables clínicas, se encontró que tan solo el 4% de los casos fue hospitalizado (Figura 6).

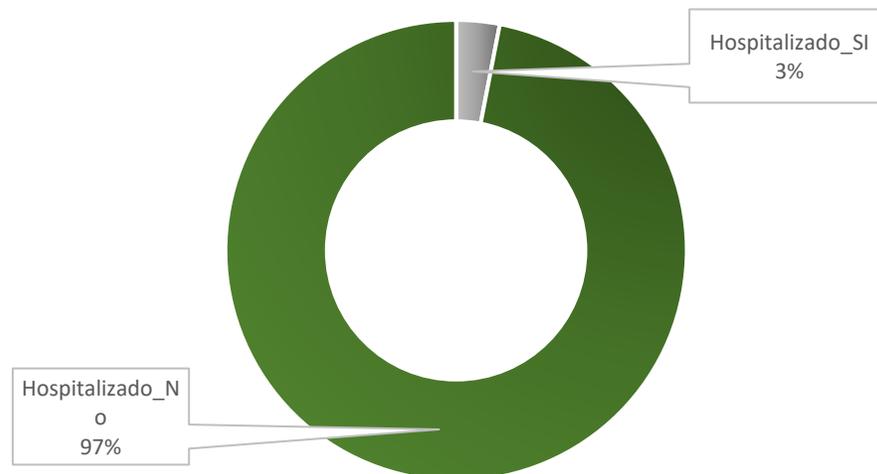


Figura 6. Distribución porcentual de los casos de parotiditis, según conducta. Antioquia, 2022

La incidencia de parotiditis del departamento para el 2022 fue de 10,5 casos por cien mil habitantes, observándose mayor proporción en el Valle del Aburrá con 15,4 casos por cien mil, seguido del oriente antioqueño con 4,9 casos por cien mil habitantes. (Figura 7).



Figura 7. Tasa de incidencia de parotiditis, por subregión de procedencia. Antioquia, 2022

4.3. Indicadores

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

- Incidencia de parotiditis en población general: En el 2022 se notificaron 10,5 casos nuevos de parotiditis /100.000 habitantes o personas en riesgo.
- Incidencia de parotiditis en menores de 5 años: En el 2022 se notificaron 30,9 casos nuevos de parotiditis /100.000 menores de 5 años.
- Brotes con investigación de campo y medidas de intervención: En el 2022 se registró un brote en el departamento con realización de investigación de campo.

5. DISCUSIÓN

La identificación de los brotes del evento y el seguimiento es uno de los objetivos de la vigilancia del evento, de ahí la importancia de continuar con la identificación temprana y oportuna. La presencia de un solo caso de parotiditis se considera brote en poblaciones confinadas y de dos o más casos en comunidad y población concentrada (1). Para 2022 se registró un brote en fuerzas militares en el Urabá Antioqueño con realización de acciones, sin complicaciones ni fallecidos. Se debe continuar con las acciones de vigilancia con el fin de identificar casos en estas poblaciones e iniciar oportunamente las investigaciones y acciones correspondientes. Así mismo, en el 2022 no se reportaron muertes asociadas a la parotiditis viral, al igual que en los históricos nacionales, lo que indica que es una enfermedad benigna.

Teniendo en cuenta que la vacunación tiene como objetivo reducir la incidencia de la enfermedad en la población objeto, se observa que en Antioquia para el 2022, las incidencias más altas de casos se encuentran en el grupo comprendido de 0 a 4 y los de 65 y más años. Por lo anterior, es importante enfatizar en la vacunación en niños de 1 año con su primera dosis de SRP, en su refuerzo de 5 años y de ser posible, es necesario pensar en grupos vulnerables para evitar complicaciones. Es importante resaltar que, el 95% de las personas vacunadas produce anticuerpos protectores, que van disminuyendo en los siguientes 12 años desde el momento de la vacunación.

Los casos principalmente ocurrieron en zonas urbanas pero en estratos socioeconómicos 1, 2 y 3, lo cual puede ser favorecido por situaciones como hacinamiento, contacto estrecho con enfermos, desconocimiento de medidas preventivas y subregistro de más casos que diseminan la enfermedad. Por lo anterior, es necesario seguir fortalecimiento la vigilancia en todos los municipios,

especialmente en aquellos donde no hay notificación de casos para reducir el subregistro y realizar intervención oportuna de brotes

Finalmente, es importante tener en cuenta que esta enfermedad, aunque suele tener una evolución benigna, cuando afecta a adultos suele ser motivo de bajas laborales y/o hospitalización con repercusiones económicas y/o familiares para las personas y grupos. A pesar de la elevada cobertura vacunal que hay en la mayoría de los países, la acumulación de personas susceptibles (nacidas antes de la implementación de la vacuna y la población inmigrante no vacunada) nos debe mantener en alerta ante nuevos brotes de parotiditis en adultos.

5.1 LIMITACIONES

- En general se ha identificado pobre conocimiento por parte del talento humano de salud y personal de vigilancia de muchos municipios sobre la enfermedad, lo cual conlleva a no notificar y no profundizar sobre contactos estrechos para realizar intervenciones.
- • Hasta la mitad de las infecciones por el virus de la parotiditis es asintomática o causa síntomas respiratorios inespecíficos.
- Imposibilidad debida al hacinamiento o a condiciones de salubridad precarias en algunos lugares, para mantener la desinfección concurrente de lugares y objetos contaminados con secreciones nasofaríngeas de personas infectadas o enfermas.
- • Durante un brote de parotiditis, el diagnóstico es sencillo en pacientes con inflamación parótida y antecedente de exposición reciente. Sin embargo, cuando la incidencia de la enfermedad es baja, deben considerarse otras causas de inflamación parótida y se requieren pruebas de laboratorio para la confirmación.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Instituto Nacional de Salud. Protocolo de vigilancia en salud Pública. parotiditis código: 620. Equipo de Inmunoprevenibles. Subdirección de Prevención. Vigilancia y Control en Salud Pública.

2. Organización Panamericana de la Salud. El control de las enfermedades transmisibles, informe oficial de la Asociación Estadounidense de Salud Pública. Publicación Científica y Técnica No. 581. 17 Edición, Dr. James Chin.
 3. Steven A. Rubin; Kathryn M. Carbone. Capítulo 231e: Parotiditis. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=114924655&bookid=1717#1137930878>
 4. Asociación de médicos de sanidad exterior. Parotiditis. Epidemiología y situación mundial. Disponible en: <https://www.amse.es/informacionepidemiologica/114parotiditis-epidemiologia-y-situacion-mundial>.
 5. Izaguirre-González, Al., Zerón-Moreno, J., Parotiditis reemergente: un nuevo brote epidémico, Rev Med Hondur, Vol. 86, Nos. 1 y 2, 2018, disponible en: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2018/pdf/Vol86-1-2-2018-18.pdf>
 6. Ministerio de Salud – Dirección General de Promoción y Prevención. Norma Técnica para la Vacunación Según el Programa Ampliado de Inmunizaciones PAI. 2012. 19 p.
 7. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento: Parotiditis Periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2021. Disponible en: <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS%20PE%20XIII%202021.pdf>
6. Díaz del Castillo Flores, G. Parotiditis vírica infecciosa: revisión, panorama epidemiológico y retos. Artículo de revisión. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/atefam/af-2018/af184h.pdf>
-
5. Instituto Nacional de Salud. Informe del evento. Parotiditis Colombia, Periodo epidemiológico XIII, Colombia, 2021. <https://www.ins.gov.co/buscadoreventos/Informesdeevento/PAROTIDITIS%20PE%20XIII%202021.pdf>
 8. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública 2012 – 2021. Disponible en: www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Plan%20Decenal%20-%20Documento%20en%20consulta%20para%20aprobación.pdf.

Elaborado por:

Felipe Vargas Restrepo

Profesional especializado Equipo de inmunoprevenibles

Inmunopreveniblesp.ssa@antioquia.gov.co

Indicadores: Edison Giraldo López

Profesional en gerencia de sistemas de información en salud
Secretaría seccional de salud y protección social de Antioquia

edison.giraldo@antioquia.gov.co