

## **Enfermedades transmitidas por vectores**

En 2000 se conoció la presencia del vector del dengue *Aedes aegypti* en Isla de Pascua, con índices de infestación de las casas cercanos a 70%, motivando una campaña de eliminación del vector en conjunto con la implementación de un sistema de vigilancia de febriles. En marzo de 2002, se diagnosticó el primer caso de dengue autóctono en Isla de Pascua, constituyéndose en el caso índice de un brote epidémico que duró hasta mediados de mayo y afectó a 17% de la población, sin fallecidos. El serotipo fue DEN-1, filogenéticamente idéntico al que circuló en la Polinesia a fines del año anterior. Con posterioridad no se han detectado nuevos brotes. Chile continental se ha mantenido libre del vector. Chile alcanzó en 1999 la interrupción de la transmisión vectorial del *Trypanosoma cruzi*. El área endémica para la enfermedad de Chagas, se extiende desde la Región I a la VI, incluyendo la Región Metropolitana. Desde 1992 se ha observado una estabilización en la tasa de mortalidad (0,3 por 100.000), que corresponde a un promedio de 52 muertes anuales. En 2001 se produjo un alza, alcanzando a 68 muertes (0,44 por 100.000), con una nueva tendencia al descenso los años siguientes. El 80% de las muertes corresponde a cardiopatías y el resto a otras visceromegalias. Desde 1996 se han incrementado las notificaciones de sangre de donantes, llegando a una tasa promedio anual de 0,4 por 100.000 habitantes (2003). No se han reportado casos de fiebre amarilla, peste y esquistosomiasis. Desde 1945 no se notifican casos autóctonos de malaria; en la actualidad, existen focos de anofelinos en el valle de Yuta (Arica) y Quebrada de Tarapacá (Iquique), Región I, si bien se han mantenido libre de *Plasmodium*.

*Todos los datos incluidos en esta sección tienen como fuente el Departamento de Epidemiología del MINSAL.*

## **Enfermedades inmunoprevenibles**

Los datos de esta sección tienen como fuente el Programa Ampliado de Inmunizaciones del MINSAL (14). La cobertura nacional de vacunación en menores de 1 año con BCG, Hib, tres dosis de PVO y tres dosis de DPT se encuentra sobre 95%, así como la cobertura con la vacuna triple viral SRP (sarampión, rubéola, y parotiditis) al año. Con respecto a la poliomielitis, desde 1975 el país ha permanecido libre de la circulación de poliovirus salvaje. La cobertura con la tercera dosis de DPT/Hib en 2001 fue de 96,6% y la de polio oral fue de 96,1% y en 2004 de 95,1%. La tasa de notificación de parálisis flácida para 2005 fue de 2,2 por 100.000 menores de 15 años, similar al registro de la década de los noventa.

Desde el principio de la década de 1990, la difteria pasó de endémica a esporádica; en 1996 se presentó el último caso. Desde 2002 a 2005, ingresaron a la vigilancia siete casos sospechosos de difteria, siendo todos descartados. La cobertura de DPT en 2004 fue de 93,1 (tercera dosis) (15). Desde 2004 no se han confirmado casos de sarampión. Entre 2001 y 2005 se continuó con campañas de vacunación periódicas en niños menores de 5 años para mantener la meta de eliminación. En 2003 se registró un caso importado en un chileno de 33 años procedente de Japón, aislándose el virus H1. Las coberturas de vacunación al año de edad durante los últimos cinco años se mantuvieron sobre 90%, alcanzando en 2004 su cifra máxima, con 94,4%. Entre los años 1996 y 2000, hubo un alza en la tasa de tos ferina. Se normaliza a partir de 2001 volviendo a su situación de baja endemia (tasa de 6,6 por 100.000 habitantes en 2004), aunque en las últimas semanas de 2005 se aprecia un alza en relación al quinquenio anterior, alcanzando una tasa anual de 7,7 por 100.000. En 2005 en el grupo de adolescentes y adultos hasta 44 años, las tasas aumentaron en relación a años previos. La letalidad de la enfermedad es de aproximadamente 0,2 a 0,4% (5–11 muertes anuales). En 2003 se produjeron 11 muertes, 10 de ellas diagnosticadas como “tos ferina sin especificar”. El tétanos se presenta de forma esporádica, con un rango de entre 7 y 17 casos por año en los últimos 11 años, con tasas de incidencia entre 0,04 y 0,12. Para 2005 se registraron 9 casos (tasa de 0,06 por 100.000). No se han notificado casos de tétanos neonatal desde 1996. En el país se aplican dos refuerzos con DPT (a los 18 meses y 4 años de edad) y el toxoide DT cuando los niños cursan el segundo año básico escolar. En 2005 se registraron 1.607 casos de parotiditis, siendo la tasa de incidencia 9,96 por 100.000. Debido a un repunte del número de casos de rubéola en 1997 (más del 70% de los casos correspondió a personas entre 10 y 28 años), en agosto de 1999 se realizó una campaña de inmunización dirigida a mujeres entre 10 y 29 años a fin de evitar el síndrome de rubéola congénita (SRC), alcanzándose una cobertura de 99%. Así, la tasa disminuyó de 31 por 100.000 habitantes en 1998 a 11 en 1999, hasta lograr una incidencia de 1,9 en el año 2002 (disminución del 94%). Los menores de 5 años concentraron el 68% de los casos. En 2003, se confirmaron 128 casos con una tasa de 0,8 por 100.000 habitantes, lo que representa una disminución de 58% en relación a 2002 y de 97% con relación al año epidémico (1998). En 2004 se confirmaron casos aislados. En 2005, se produjo el primer brote pos-campaña masiva en la Región V, de tipo institucional (militar) y que afectó a 46 hombres jóvenes. A partir del mes de junio de 2005, no se confirmaron otros casos de rubéola en el país. En septiembre de 1999 se puso en marcha un sistema de vigilancia de SRC. Entre 1999 y 2000, se tuvo conocimiento de 18 casos de SRC, 14 de ellos con malformaciones al momento del examen. De 2001 a 2005 no se confirmaron nuevos casos de SRC. En 1996 se implementó la vigilancia de cuadros invasivos producidos por *Haemophilus influenzae* tipo b (Hib) en niños entre 2 meses y 5 años de edad. También en 1996 se introdujo la vacunación gratuita contra este agente, después de lo cual la tasa de notificación pasó de 10,6 en 1996 a mantenerse cercana a 2,0 (por 100.000 de 5 años) en el último quinquenio. En 2005 se confirmaron 19 casos de infecciones por Hib en el grupo de edad bajo vigilancia, y 58% de los casos correspondió a hombres. El rango de edad fue de 2 meses a 3 años, con una mediana de 1 año. La influenza se presenta con brotes epidémicos cada 3 ó 4 años. En 2004 el número de casos duplicó lo observado a igual período de 2003 (5.143 casos), considerándose epidémico. La tasa acumulada nacional para 2005 es de 633 casos por 100.000 habitantes, inferior a lo observado a igual fecha del año 2004. En 2004 se puede observar que todos los grupos aumentaron sus tasas de notificación en relación al año anterior y que el diferencial respecto al año 2003 fue significativamente menor en el

grupo de 65 y más años (37%). Esto podría ser resultado del programa de vacunación en ese grupo de edad. En la última década se han presentado variaciones de la mortalidad cada tres años, asociadas a brotes epidémicos de influenza. En 2001, 82% de las defunciones por esta causa (56 defunciones; tasa de 0,4 por 100.000) ocurrió en personas de 65 años y más (4,1 por 100.000). En los años 2002 y 2003 se observa una baja mortalidad por esta causa (16 y 19 defunciones, respectivamente), incluyendo un descenso en las personas de 65 y más años (tasa 2003 de 1,6 por 100.000). En 2001 (año epidémico) se observa una mayor mortalidad por neumonía en el grupo de mayores de 65 años, con una tendencia posterior al descenso. En 2005, la cobertura de vacunación para influenza fue de 94,6% para los adultos mayores de 65 años, enfermos crónicos 100%, embarazadas 93,7% y personal de salud 95,1%.

## **Enfermedades infecciosas intestinales**

La fiebre tifoidea y paratifoidea son enfermedades endémicas con tendencia estacional (marzo, octubre y noviembre). Han evolucionado a una endemia baja desde 1984, presentándose en forma de brotes localizados en escuelas o jardines infantiles asociados al consumo de agua y alimentos de mala calidad bacteriológica. Las tasas de incidencia para 2004 y 2005 han sido similares (4 por 100.000), notificándose 488 casos en 2005. Los grupos de mayor riesgo son entre los 5 y 19 años, en ambos sexos. Las regiones con los mayores riesgos son la II, X, VIII y VI. La hepatitis A se presenta en forma endémica intermedia con brotes epidémicos, cada cuatro o cinco años, preferentemente institucionales. El ciclo epidémico más reciente se inició en 2002 (2001 en algunas regiones), manteniéndose en 2003, y con una presentación dentro de lo previsto en 2004. En 2005 se constató 62,4% menos de lo observado el año anterior y 57% menos que lo esperado para un año no epidémico, con una tasa de incidencia acumulada de 14,4 por 100.000. Las tasas de incidencia semanal en 2005 (alrededor de 0,3 casos por 100.000) se han mantenido por debajo de lo observado en los años 2003 y 2004. El grupo de 5 a 14 años concentra 40% de los casos y destaca un aumento en la importancia relativa de los adolescentes y adultos jóvenes de 15 a 24 años de edad, con un predominio en el sexo masculino. La enfermedad se distribuye en todo el país. La Región de Tarapacá presenta la incidencia más alta (81 por 100.000). Le siguen las regiones de Antofagasta y Coquimbo. Desde 1998 no se han presentado nuevos casos de cólera, después de su reaparición en 1991. Las muertes por enfermedades diarreicas en menores de 5 años presentan una importante caída desde 3,8 por 100.000 niños en 1990 a 0,6 por 100.000 niños en 2003. A raíz de la epidemia del cólera, se reforzó la vigilancia epidemiológica de las diarreas agudas y se estableció la notificación de todas las diarreas con deshidratación. A partir del año 2003 se dispone de información brindada por los centros centinelas, los cuales desarrollan vigilancia de morbilidad y etiológica. Durante 2005 se notificaron un total de 8.672 cuadros de diarrea en menores de 5 años, con una tasa de 9 por 1.000 niños. La diarrea en este grupo de edad tiene una presentación estacional, fundamentalmente en verano (semanas 1 a 16). El grupo menor de 1 año presentó el mayor riesgo de enfermar de diarrea, con una tasa de 89 por 1.000 niños. La mayoría de las regiones presentan tasas entre 6 y 9 por 1.000 niños menores de 5 años. La vigilancia de la infección por rotavirus se inició en el segundo semestre de 2004 en 13 centros

centinelas de diarrea seleccionados, habiéndose detectado la presencia de rotavirus en diciembre de 2005 en 14,8% de las muestras examinadas. La región que presentó el mayor porcentaje de positividad fue Coquimbo (21%) y el menor Antofagasta (8,3%). El agente se encuentra en similar proporción en hombres y mujeres (14% y 13%, respectivamente); el grupo de edad con mayor número de positivos es el menor de 1 año (32%).

### Enfermedades crónicas transmisibles

La tasa de morbilidad por tuberculosis en 2001 y 2004 fue similar (18,4 por 100.000 habitantes). Durante estos años se han mantenido las actividades del programa nacional de prevención y control: baciloscopías de sospecha y de control de tratamiento, cultivos diagnósticos y de control, y administración de DOTS para todas las formas de tuberculosis en el país. Durante 2004 esto ha permitido tener 11.000.000 habitantes en fase de eliminación de la enfermedad (tasa  $\leq$  de 20 por 100.000).

Fuente: Salud en las Americas 2007

### Epidemiología:

En esta página de consulta hallará enlaces hacia descripciones de actividades, informes, noticias y eventos, así como hacia los datos para entrar en contacto con los diversos programas y oficinas de la OMS que se ocupan del tema, y los asociados que colaboran con ellos. Asimismo, figuran enlaces hacia sitios web y temas relacionados.

<http://www.who.int/healthinfo/en/>

<http://www.who.int/wer/en/>

<http://globalatlas.who.int/>

<http://www.afro.who.int/csr/ids/>

<http://www.who.int/salmsurv/en/>

<http://www.who.int/whosis/en/>

<http://www.who.int/healthinfo/survey/en/index.html>

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html)

[http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/en/index.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/index.html)

<http://www.who.int/csr/en/>

<http://www.euro.who.int/healthtopics/HT2ndLvIPage?HTCode=epidemiology>  
<http://www.who.int/healthinfo/statistics/en/>  
<https://apps.who.int/infobase/report.aspx>

Notas descriptivas:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/en/index.html>

Enlaces Conexos:

[http://www.who.int/immunization\\_monitoring/en/](http://www.who.int/immunization_monitoring/en/)  
<http://www.who.int/hiv/topics/me/en/index.html>  
<http://www.who.int/chp/steps/en/>  
[http://www.who.int/ncd\\_surveillance/ncds/infobase/en/](http://www.who.int/ncd_surveillance/ncds/infobase/en/)  
[http://www.who.int/immunization\\_monitoring/resources/en/](http://www.who.int/immunization_monitoring/resources/en/)  
<http://www.who.int/whosis/en/>

## Enfermedades de transmisión alimentaria

En esta página de consulta hallará enlaces hacia descripciones de actividades, informes, noticias y eventos, así como hacia los datos para entrar en contacto con los diversos programas y oficinas de la OMS que se ocupan del tema, y los asociados que colaboran con ellos. Asimismo, figuran enlaces hacia sitios web y temas relacionados.

## SITIOS CONEXOS

- [Global Salm-Surv](#)

## NOTAS DESCRIPTIVAS

- [Foodborne diseases, Emerging](#)
- [Food safety and foodborne illness](#)
- [Campylobacter](#)

## ENLACES CONEXOS

- [Disease outbreaks: ehec \(E.Coli 0157\)](#)
- [Disease outbreaks: foodborne diseases](#)
- [Disease outbreaks: enterohaemorrhagic escherischia coli infection](#)
- [Disease outbreaks: staphylococcal food intoxication](#)
- [Foodborne disease](#)
- [Foodborne zoonoses](#)

**Enfermedades**

**infecciosas**

En esta página de consulta hallará enlaces hacia descripciones de actividades, informes, noticias y eventos, así como hacia los datos para entrar en contacto con los diversos programas y oficinas de la OMS que se ocupan del tema, y los asociados que colaboran con ellos. Asimismo, figuran enlaces hacia sitios web y temas relacionados.

## SITIOS CONEXOS

- [Weekly Epidemiological Record](#)
- [Enfermedades Transmisibles \(CDS\) - en inglés](#)
- [Control of Neglected Tropical Diseases \(NTD\)](#)
- [Communicable diseases \(Region of the Americas - PAHO\)](#)

- [Emerging, re-emerging and other communicable diseases \(African Region\)](#)
- [Communicable disease surveillance and response \(African Region\)](#)
- [Communicable diseases \(South-East Asia Region\)](#)
- [Communicable disease surveillance and response \(Western Pacific Region\)](#)
- [Global health atlas](#)
- [La OMS y los objetivos de desarrollo del milenio](#)

## NOTAS DESCRIPTIVAS

- [Flooding and communicable diseases](#)
- [Tuberculosis](#)
- [Diphtheria](#)
- [Hepatitis B](#)



- [Hepatitis C](#)
- [Lassa fever](#)
- [Partnerships: WHO and the public and private sector](#)

## ENLACES CONEXOS

- [Global change and infectious disease \(Special Programme for Research and Training in Tropical Diseases, TDR\)](#)
- [Biosafety](#)
- [Communicable diseases and their control \(European Region\)](#)

# Enfermedades intestinales parasitarias

En esta página de consulta hallará enlaces hacia descripciones de actividades, informes, noticias y eventos, así como hacia los datos para entrar en contacto con los diversos programas y oficinas de la OMS que se ocupan del tema, y los asociados que colaboran con ellos. Asimismo, figuran enlaces hacia sitios web y temas relacionados.

## SITIOS CONEXOS

- [Control of Neglected Tropical Diseases \(NTD\)](#)
- [Partners for Parasite Control \(PPC\)](#)

## PUBLICACIONES

- [Publications: Partners for Parasite Control](#)

## ENLACES CONEXOS

- Schistosomiasis and soil-transmitted helminthiasis (Eastern Mediterranean Region)