

Informes

Epidemiológicos

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN CASTILLA Y LEÓN. TEMPORADA 2018/2019.

1. Introducción	2
2. Metodología	4
3. Resultados	5
3.1. Clasificación de los casos	5
3.2. Datos descriptivos generales	5
3.2.1. - Distribución espacial	7
3.2.2. - Distribución temporal	8
3.3. Características de los casos de Enfermedad Meningocócica.	9
3.3.1. - Forma clínica	9
3.3.2. - Diagnóstico de laboratorio	10
3.3.3. - Características según serogrupo	11
4. Comparación con temporadas anteriores	12
4.1. Incidencia de la enfermedad	12
4.2. Distribución por serogrupos	16
4.3. Diagnóstico de laboratorio	16
4.4. Fallos vacunales	18
4.5. Evolución clínica	19
5. Conclusiones y Recomendaciones	20
Anexo 1	21

Enfermedades de Declaración Obligatoria

Informe publicado en el año 2023

Servicio de Epidemiología.

Dirección General de Salud Pública.

Paseo de Zorrilla nº 1. 47071 VALLADOLID. <http://www.saludcastillayleon.es>

1. INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica (EM) es una enfermedad de declaración obligatoria en España desde principios del siglo XX. En nuestra Comunidad, la ORDEN SAN/2128/2006, de 27 de diciembre que regula el Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León, incluye a la EM como una enfermedad de notificación urgente e individualizada con datos epidemiológicos básicos.

La enfermedad meningocócica es una enfermedad transmisible, causada por *Neisseria meningitidis*, un diplococo aerobio, gram negativo, que posee una cápsula de polisacáridos.

Neisseria meningitidis es un huésped habitual en la nasofaringe de personas sanas y se transmite a través de las secreciones respiratorias. En general, las cepas aisladas en portadores suelen ser diferentes de las de los casos clínicos.

El periodo de incubación de la enfermedad varía de 2 a 10 días, aunque generalmente es de 3 a 5 días. La inmunidad sistémica suele desarrollarse en los 14 días siguientes a la adquisición del meningococo. Generalmente, la progresión de estado de portador a enfermedad invasiva ocurre cuando hay inmunidad sistémica. Es una enfermedad de transmisión aérea cuya fuente de infección pueden ser tanto los enfermos como los portadores sanos y el mecanismo de transmisión es a través de las gotitas de *flügge* que se producen al hablar, estornudar o toser.

Las formas clínicas más frecuentes son la meningitis y la sepsis. La enfermedad suele comenzar de forma brusca con fiebre, cefalea, vómitos, rigidez de nuca y petequias. En casos fulminantes puede

aparecer un shock en pocas horas. La letalidad de la EM es importante, asociada al serogrupo B se estima en el 10% y es mayor cuando se asocia a otros serogrupos. Los supervivientes pueden presentar secuelas importantes.

Desde la introducción en el calendario infantil de la vacunación con vacuna conjugada frente a enfermedad meningocócica por serogrupo C la incidencia ha descendido de forma importante.

En octubre de 2015, se comercializó en España la vacuna frente a *N. meningitidis* B (Bexsero®) que hasta su inclusión en el calendario oficial estaba recomendada y financiada en personas con riesgo alto de padecer enfermedad meningocócica invasora y en casos aislados y brotes, de acuerdo con el documento "Recomendaciones de utilización de la vacuna frente a enfermedad meningocócica por serogrupo B" aprobado por la Comisión de Salud Pública el día 23 de abril de 2014. La vacuna frente a *N. meningitidis* B también se prescribía individualmente, con financiación privada.

La ORDEN SAN/386/2019, de 15 de abril, por la que se modifica el Calendario Oficial de Vacunaciones Sistemáticas a lo largo de la vida de las personas para la Comunidad de Castilla y León incluyó en el calendario oficial la vacunación frente a *N. meningitidis* B a partir de junio de 2019 (se incluyen 3 dosis de vacuna en lactantes de 3, 5 y 12 meses).

Se dispone también de vacuna frente a los serogrupos ACWY, que se han administrado en personas incluidas en grupos de riesgo <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/va>

vacunación-personas-pertenecientes-grupos-riesgo hasta su inclusión en el calendario oficial de vacunación, que se recoge en la Orden citada anteriormente (se incluyen 2 dosis de vacuna, a los 12 meses y a los 12 años). La vacuna frente a los serogrupos ACWY se administra también en los Centros de Vacunación Internacional a las personas que viajan a países en los que existe mayor riesgo de infección por alguno de estos serogrupos.

Ante los contactos de un caso de EM la principal medida de control para evitar la aparición de nuevos enfermos es la quimioprofilaxis, que se administra a los contactos íntimos y familiares de los casos y cuando el caso acude a guardería o a un centro escolar a los compañeros y trabajadores del centro, de acuerdo con los protocolos vigentes.

En la Unión Europea, según el ECDC, en el año 2017 se notificaron 3.226 casos confirmados de enfermedad meningocócica invasiva en los 30 países de la EU/EEA, que suponen una tasa global de 0,6 casos por 100.000 habitantes similar a años anteriores, aunque las tasas varían según los países. Por grupos de edad, la tasa de casos confirmados en menores de 1 año fue de 8,2 casos por 100.000 y entre 1 y 4 años fue de 2,5 casos.

En el 92% de los casos se identificó el serogrupo, el mayor porcentaje fue el serogrupo B, 51%, seguido de los serogrupos W y C con el 17% y 16%, respectivamente. El serogrupo B fue el más frecuente en menores de 65 años y es-

pecialmente en menores de 5 años (75% de los casos confirmados), el serogrupo C fue el más frecuente entre 25 y 49 años y los serogrupos W e Y en mayores de 65 años. Se mantiene el descenso de casos por serogrupo B aunque sigue siendo el que causa la mayoría de los casos y afecta principalmente a jóvenes.

Las tasas por serogrupo C se han mantenido estables entre 2013 y 2017. El serogrupo W continúa aumentando sobre todo por un aumento de casos en menores de 5 años y en mayores de 50. La tendencia del serogrupo Y es estable en la UE.

En España, datos del CNE, en la temporada 2017/2018 se ha observado un aumento de casos y tasas. La tasa de casos confirmados en la temporada fue de 0,74 casos por 100.000 hab. Por serogrupos, la tasa más elevada correspondió al serogrupo B, 0,30 casos por 100.000 y, en segundo lugar, al serogrupo W con una tasa de 0,10.

Por grupos de edad, la EM fue más frecuente en menores de 5 años, con tasas de 8,65 casos por 100.000 en menores de 1 año y de 3,19 entre 1 y 4 años. Las tasas por grupo de edad varían dependiendo del serogrupo, las mayores tasas en todos los grupos de edad se deben al serogrupo B, excepto entre 15 y 19 años que es la misma tasa, 0,22, también para los serogrupos W e Y.

Por serogrupo B, la tasa en menores de 1 año es de 5,85 casos por 100.000 y entre 1 y 4 años de 1,80.

2. METODOLOGÍA

En la EM se define como temporada epidemiológica el periodo de tiempo comprendido entre la semana epidemiológica 41 de un año y la semana 40 del año siguiente.

En este informe se analizan los casos de EM notificados a la Red de Vigilancia Epidemiológica y registrados en el Sistema de Información de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) de Castilla y León durante la temporada 2018/2019 (T18/19) y que **iniciaron síntomas** durante esa misma temporada, es decir, entre el 8 de octubre de 2018 (semana 41) y el 6 de octubre de 2019 (semana 40), ambos inclusive.

La clasificación de los casos se realiza a partir de los criterios clínicos y de laboratorio recogidos en el Protocolo de vigilancia de la Enfermedad Meningocócica de la RENAVE (Anexo 1).

En el mismo protocolo se define como **fallo vacunal**:

Si una persona vacunada con vacuna conjugada frente a serogrupo C desarrolla enfermedad meningocócica por este serogrupo, se considera que presenta un fallo de la vacunación, que puede clasificarse como:

Confirmado: paciente que ha recibido la pauta completa de vacunación para su edad al menos 15 días antes del inicio de síntomas de dicha enfermedad.

Probable: paciente que ha recibido la pauta completa de vacunación para su

edad, que presenta síntomas antes de que hayan transcurrido 15 días de la administración de la última dosis.

También se considera fallo vacunal probable cuando el inicio de síntomas se presenta antes de que la primovacuna se haya completado.

Aunque el protocolo no define fallo vacunal para otros serogrupos deberemos asumir la misma definición para los posibles fallos vacunales por vacuna frente a *N. meningitidis* B o por vacuna frente a serogrupos ACWY.

Hay que recordar la importancia de enviar la cepa o el microorganismo aislado al Laboratorio de Neisserias del Centro Nacional de Microbiología (CNM) para realizar su genosubtipado y la muestra para PCR para conseguir identificar todos los casos posibles.

Este informe presenta información sobre la incidencia de la EM y su distribución por diferentes variables recogidas en la encuesta epidemiológica, entre otras: sexo, edad, serogrupo y genosubtipo o provincia, así como sobre la evolución de la EM en relación con temporadas anteriores. El análisis se realiza sobre todos los casos notificados, cuyo riesgo de infección fue en Castilla y León, exceptuando los casos descartados.

La población de referencia para este informe corresponde a las cifras de población INE a 1 de enero de 2018 (Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE).

3. RESULTADOS

En la T18/19 se han notificado 21 casos de EM. La tasa de incidencia fue de **0,87** casos por 100.000 habitantes en Castilla y León.

3.1. Clasificación de los casos

Los casos de EM, según la clasificación de caso, se dividen en: 19 casos confirmados, 1 caso sospechoso y 1 caso probable. Todos fueron casos aislados. **La tasa de casos confirmados**, fue de **0,79** casos por 100.000 habitantes.

3.2. Datos descriptivos generales

Se notificaron 13 casos en mujeres y 8 en hombres con tasas de 1,06 y 0,67

casos por 100.000 habitantes respectivamente, sin diferencia estadísticamente significativa entre ellas. La razón de tasas fue de 1,58.

La media de edad fue de 36,14 años (DS±30,12). En esta temporada los casos de EM fueron más frecuentes en personas entre 45 y 64 años. **En menores de 5 años hubo 2 casos.**

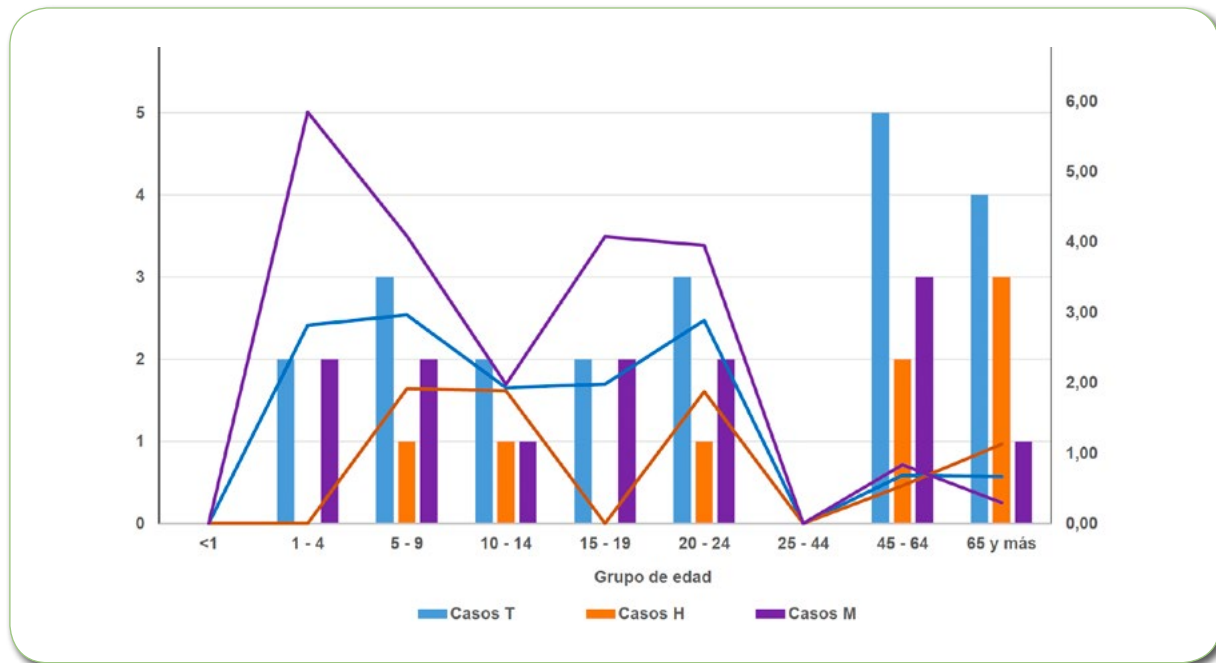
El mayor porcentaje de casos se observó en personas entre 45 y 64 años (23,8%) y la mayor tasa entre 5 y 9 años (2,96 casos por 100.000). No hubo casos en menores de 1 año y se notificaron 2 casos entre 1 y 4 años. La tabla 1 presenta la distribución de los casos según el grupo de edad y el serogrupo.

Tabla 1. Casos y tasas de Enfermedad Meningocócica según grupo de edad y serogrupo. Castilla y León. Temporada 2018/2019.

Grupo de edad	B		C		W		Y		No serogrupo		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1 año	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
1 - 4 años	1	1,41	0	0	1	1,41	0	0	0	0	2	2,82
5 - 9	0	0	1	0,99	1	0,99	0	0	1	0,99	3	2,96
10 - 14	1	0,96	0	0	1	0,96	0	0	0	0	2	1,93
15 - 19	1	0,99	1	0,99	0	0	0	0	0	0	2	1,98
20 - 24	0	0	1	0,96	0	0	2	1,92	0	0	3	2,89
25 - 44	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45 - 64	0	0	1	0,14	0	0	2	0,27	2	0,27	5	0,68
65 y más	2	0,33	0	0	1	0,17	1	0,17	0	0	4	0,66
Total	5	0,21	4	0,17	4	0,17	5	0,21	3	0,12	21	0,87

En el gráfico 1 se presenta la distribución de los casos y tasas de EM por grupo de edad y sexo.

Gráfico 1. Casos y tasas de Enfermedad Meningocócica según sexo y grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2018/2019.



3.2.1. Distribución espacial

En esta temporada han notificado casos de EM en todas las provincias excepto Segovia y Soria. La provincia con mayor número de casos fue Salamanca (8) que también presentó la tasa más elevada,

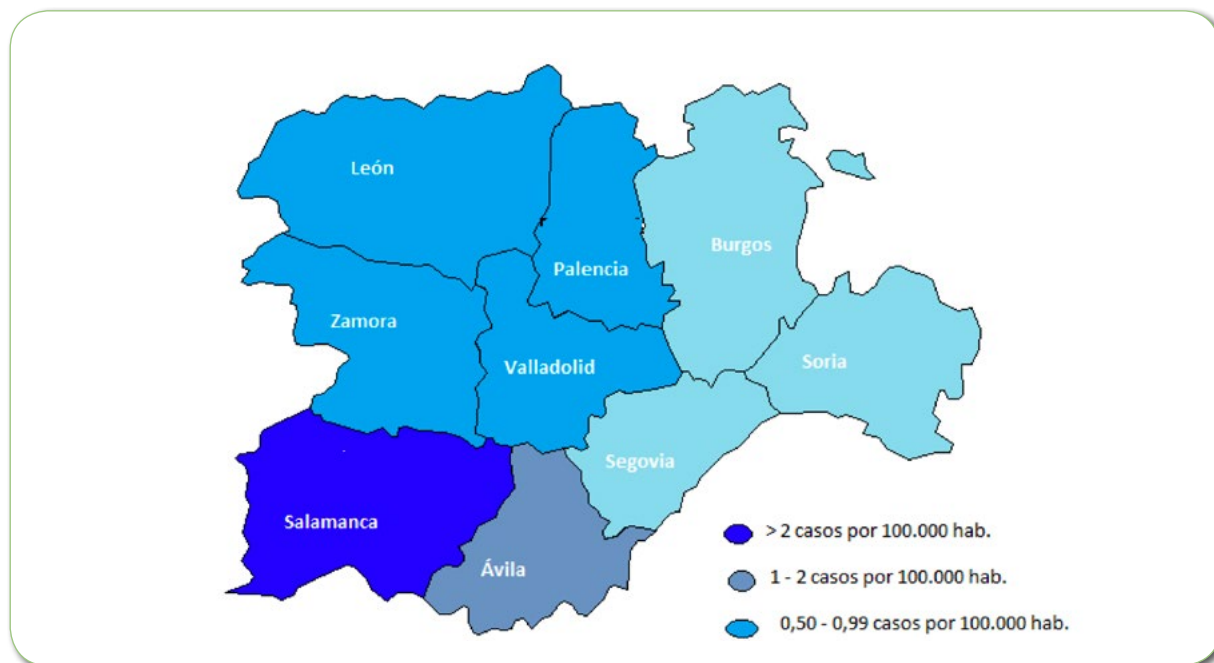
2,40 casos por 100.000 habitantes. La tabla 2 recoge los casos, el porcentaje con respecto al total de casos y las tasas de incidencia provinciales y en el mapa, se presenta la distribución espacial de las tasas

Tabla 2. Casos, porcentaje y tasas de Enfermedad Meningocócica por provincia. Castilla y León. Temporada 2018/2019.

Provincia	Población*	Casos	%	Tasas de incidencia por 100.000 hab.
Ávila	160.032	3	14,3	1,87
Burgos	356.080	1	4,8	0,28
León	466.108	3	14,3	0,64
Palencia	161.795	1	4,8	0,62
Salamanca	333.649	8	38,1	2,40
Segovia	154.387	0	0,0	0,00
Soria	89.738	0	0,0	0,00
Valladolid	520.835	4	19,0	0,77
Zamora	175.931	1	4,8	0,57
Castilla y León	2.418.555	21	100,0	0,87

*Cifras de población a 1 de enero de 2018 (Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE).

Distribución espacial de las tasas provinciales de incidencia de Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporada 2017/2018.



3.2.2.- Distribución temporal

Destaca una mayor notificación al final del otoño y en verano. En el gráfico 2 se

presenta el canal epidémico de los casos según la semana epidemiológica de inicio de síntomas.

Gráfico 2. Canal epidémico. Castilla y León. Temporada 2018/2019.



3.3.- CARACTERÍSTICAS DE LOS CASOS DE ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

3.3.1.- Forma clínica

En esta temporada la forma clínica de presentación más frecuente ha sido la sepsis, con 13 casos. En la tabla 3 se puede ver la distribución de las formas clí-

nicas por serogrupos y en la tabla 4, la distribución de las formas clínicas por grupos de edad.

Tabla 3. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica según forma clínica y serogrupo. Castilla y León. Temporada 2018/2019.

Forma clínica/Serogrupo	B	C	W	Y	No serogrupo	Total
Meningitis	3	0	1	0	2	6
Sepsis	1	4	3	4	1	13
Neumonía	0	0	0	1	0	1
Otra	1	0	0	0	0	1
Total	5	4	4	5	3	21

Tabla 4. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica según forma clínica y grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2018/2019.

Grupo de edad	Meningitis		Sepsis		Otras formas clínicas		Total Casos
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
<1 año	0	0	0	0	0	0	0
1 - 4 años	2	33,3	0	0	0	0	2
5 - 9	1	16,6	2	15,4	0	0	3
10 - 14	1	16,6	1	7,7	0	0	2
15 - 19	1	16,6	1	7,7	0	0	2
20 - 24	0	0	3	23	0	0	3
25 - 44	0	0	0	0	0	0	0
45 - 64	1	16,6	3	23	1	50	5
65 y más	0	0	3	23	1	50	4
Total	6	100	13	100	2	100	21

Todos los casos necesitaron ingreso hospitalario, excepto uno que falleció en las primeras 24 horas tras inicio de síntomas. La sintomatología más frecuente fue fiebre en 19 casos, náuseas o vómitos en 12 casos y estupor/coma en 5 casos.

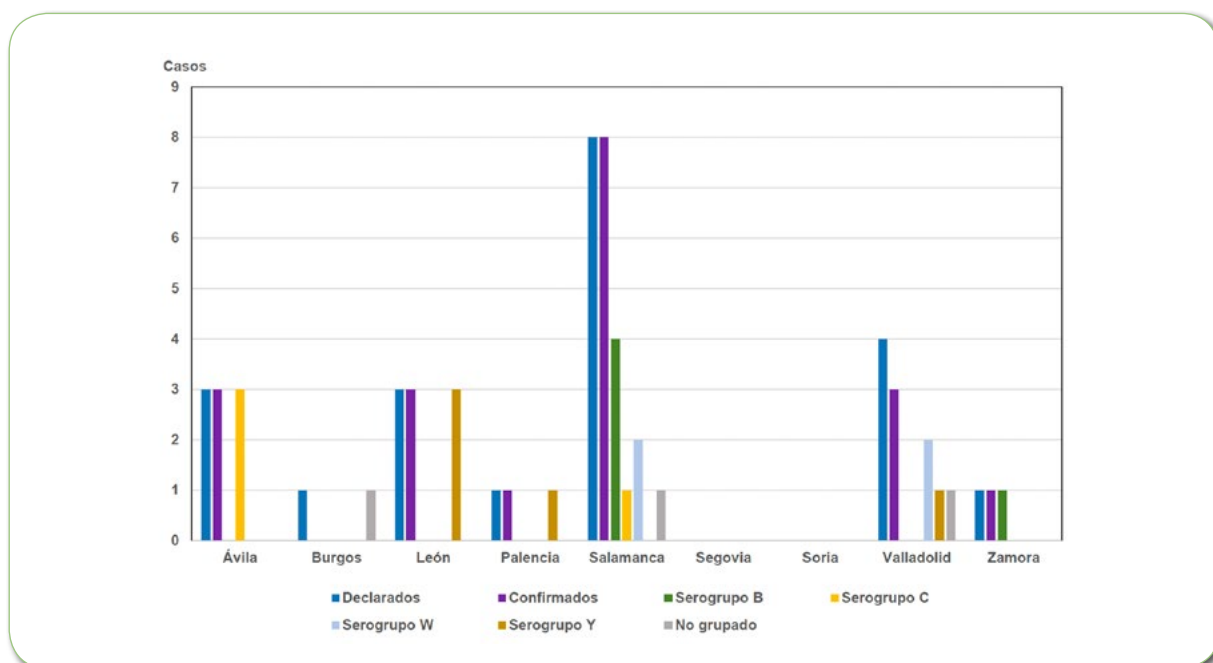
De los 21 casos notificados esta temporada fallecieron 3. Los fallecidos fueron dos mujeres, una adolescente en la que se aisló el serogrupo C, una mujer adulta en la que no se pudo serotipar y un hombre, mayor de 65 años, en el que se aisló serogrupo B. La **letalidad** en esta temporada fue de **14,3%** y la **tasa de mortalidad** de **0,12** casos por 100.000 habitantes.

3.3.2 – Diagnóstico de laboratorio

Se han confirmado por laboratorio 19 casos (90,5%) y la **tasa de casos confirmados** fue de **0,79 casos por 100.000 habitantes**. Se determinaron 5 casos por serogrupo B (tasa de 0,21 casos por 100.000) y 4 por serogrupo C (tasa de 0,16 casos por 100.000). Además, se confirmaron 4 casos por serogrupo W y 5 por serogrupo Y, con tasas de 0,16 y 0,21 casos por 100.000 respectivamente. En 1 caso no se aisló serogrupo.

En el gráfico 3 se presenta la distribución de los casos declarados y confirmados por provincias.

Gráfico 3. Distribución de casos confirmados y serogrupos de enfermedad meningococa por provincias. Castilla y León. Temporada 2018/2019.



El genosubtipo se determinó en el Centro Nacional de Microbiología, en todos

los casos con serogrupo identificado. En la tabla 5 se presenta la distribución de genosubtipos según serogrupo.

Tabla 5. Distribución de los genosubtipos en los casos de Enfermedad Meningocócica con serogrupo conocido. Castilla y León. Temporada 2018/2019.

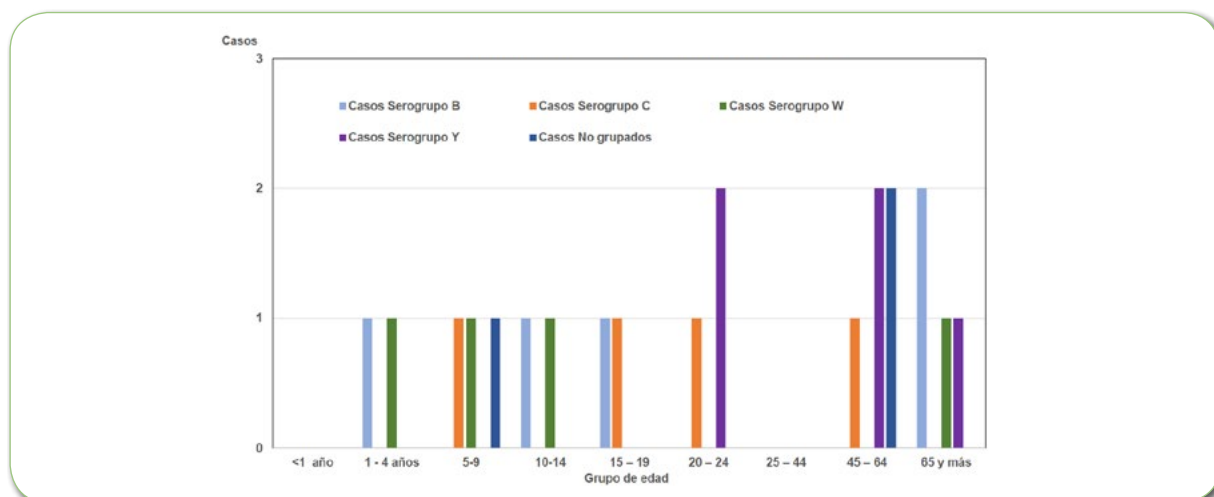
Genosubtipo (por A)	B	C	W	Y	Total
22,14	2				2
5-2,10-1				1	1
5-1,10-8		1			1
21,16			1		1
5,2			3		3
5,2		1			1
5-1,10-4				3	3
5-1,10-1				1	1
10,13-1	1				1
22,14-6	2				2

3.3.3 – Características según serogrupo

La tabla 1 y el gráfico 4 presentan la distribución de los serogrupos por edad de los casos. El mayor número de casos

de EM se ha observado en los grupos de edad de 45 a 64 años, con mayor frecuencia del serogrupo Y, seguido del grupo de 65 y más años, con mayor frecuencia del serogrupo B.

Gráfico 4. Distribución de los casos de enfermedad meningocócica por serogrupo y grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2018/2019.



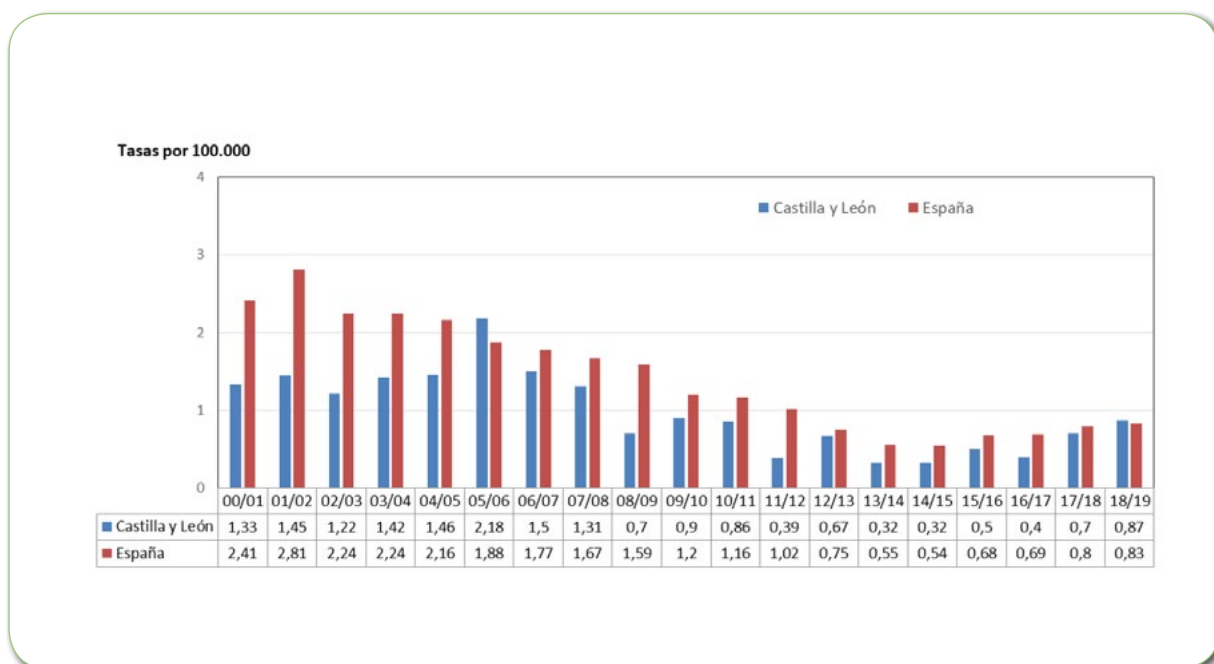
4.COMPARACIÓN CON TEMPORADAS ANTERIORES

4.1 Incidencia de la enfermedad

La tasa de incidencia de la EM presenta una tendencia descendente hasta la temporada 2013/2014 mientras que en las cinco últimas temporadas la enfermedad presenta un ligero ascenso tanto en España como en Castilla y León.

En el gráfico 5 se presenta la evolución de las tasas de incidencia de casos notificados en Castilla y León y España desde la T00/01.

Gráfico 5. Evolución de la incidencia de EM en España y Castilla y León. Temporada 2000/ 2001 a 2018/2019.

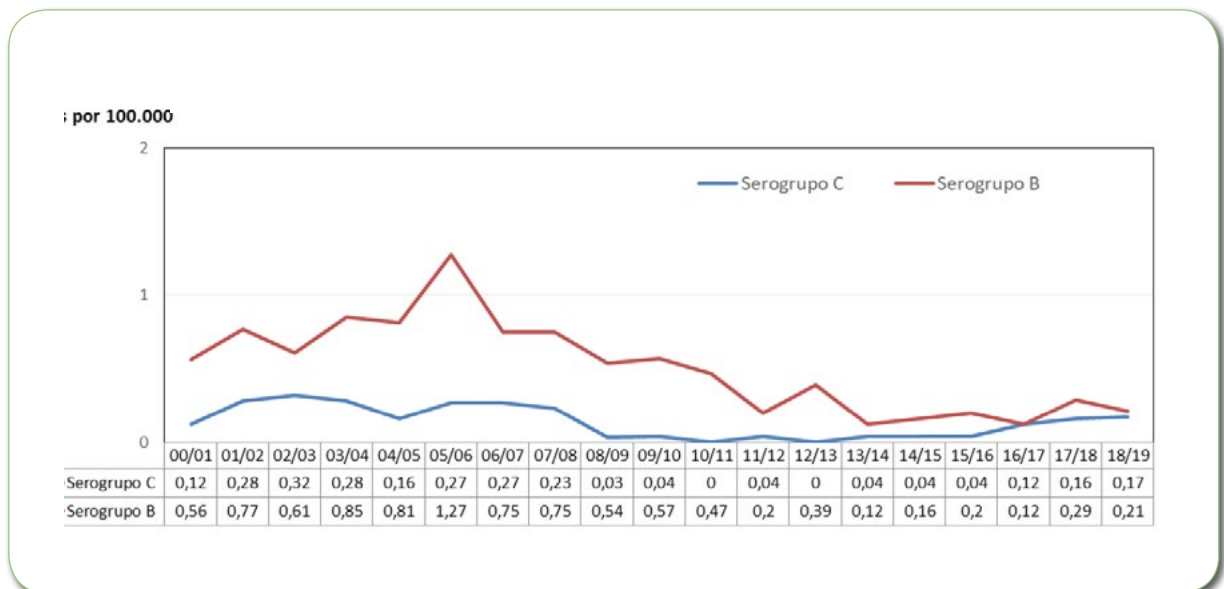


4.2 Distribución por serogrupos

En el gráfico 6 se presenta la evolución de las tasas de los serogrupos B y C en Castilla y León. En esta temporada, la mayor tasa de incidencia es para el serogrupo B con 0,21 casos por 100.000 habitantes, que disminuye con respecto a las temporadas anteriores.

La tasa de incidencia por serogrupo C, 0,17 casos por 100.000 habitantes, se mantiene prácticamente constante respecto a la temporada 2017-2018 y continúa la tendencia ascendente iniciada hace dos temporadas, después de observar las tasas más bajas en las temporadas anteriores.

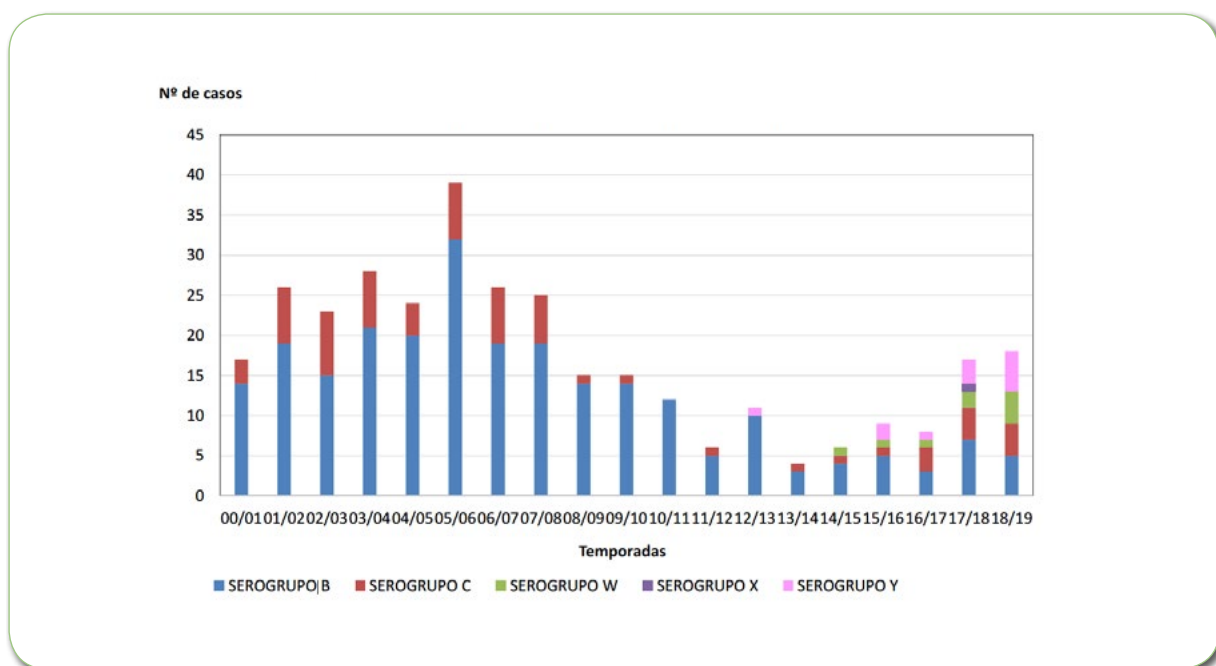
Gráfico 6. Tasa de incidencia de la enfermedad meningocócica por serogrupos B y C. Castilla y León Temporada 2000/ 2001 a 2018/2019.



A nivel nacional, el 38,5% de los casos confirmados fueron por serogrupo B, con una tasa de 0,32 casos por 100.000 habitantes. El 22,1% fueron casos por serogrupo W con una tasa de 0,18, el 12,8% por serogrupo Y con una tasa de 0,11 y el 9,5% por serogrupo C con una tasa del 0,08.

En el gráfico 7 se presenta la evolución de los casos notificados y confirmados de EM en Castilla y León, por serogrupo, desde la temporada 2000/2001. Se observa la aparición de serogrupos diferentes del B y C a partir de la temporada 2012/2013 que han aumentado en incidencia sobre todo en las cuatro últimas temporadas.

Gráfico 7 . Evolución de los casos de Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2018/2019.



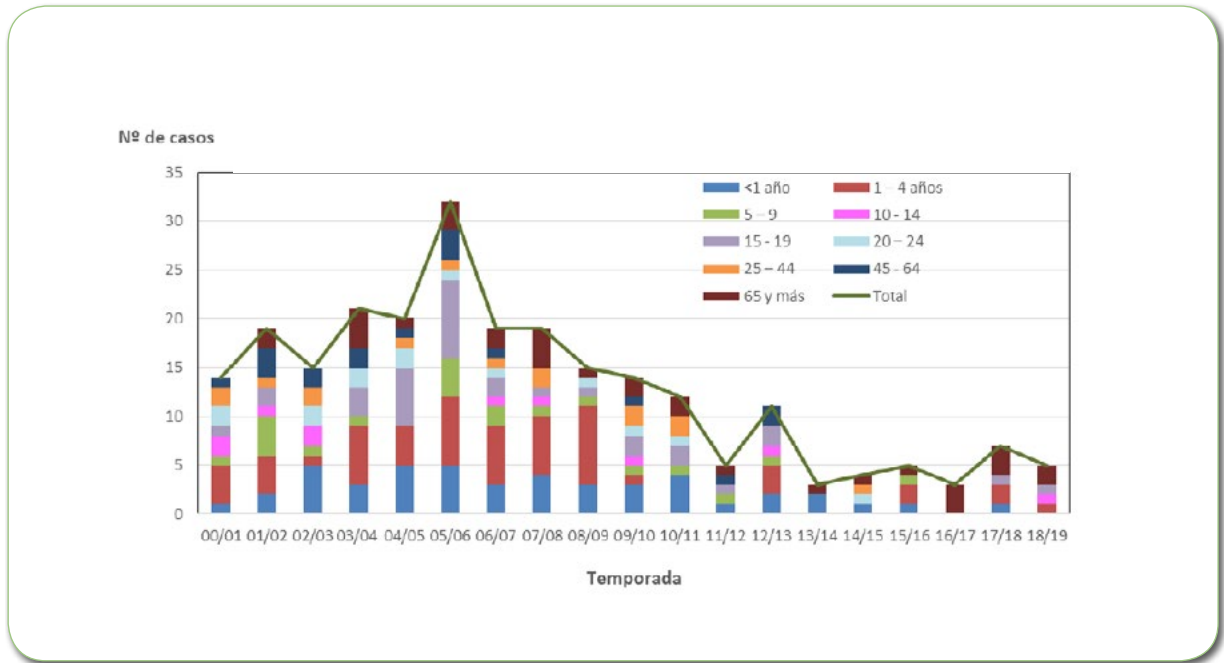
La media de casos de EM notificados en las seis últimas temporadas (T13/14 a T18/19) fue de 12,83 casos (rango entre 21 y 8 casos). La media de casos por serogrupo B en el mismo periodo fue de 4,50 (rango entre 7 y 3 casos) y por serogrupo C 2,33 casos (rango entre 4 y 1 casos).

El primer caso por serogrupo Y se determinó en la temporada T12/13 y hasta la temporada T18/19 se han notificado en total 12 casos. Los casos por serogrupo Y han ocurrido principalmente en personas mayores de 65 años (5 casos).

El serogrupo W se determinó por primera vez en la temporada T14/15 y hasta la T18/19 se han notificado 9 casos, 3 de ellos en adolescentes, entre 15 y 19 años.

En el gráfico 8 se presenta la distribución del serogrupo B por grupos de edad desde la T00/01 y observamos que en las últimas temporadas los casos en menores y adolescentes han descendido. En la temporada 2018/2019 la incidencia de casos por serogrupo B ha disminuido respecto a la temporada 2017/2018.

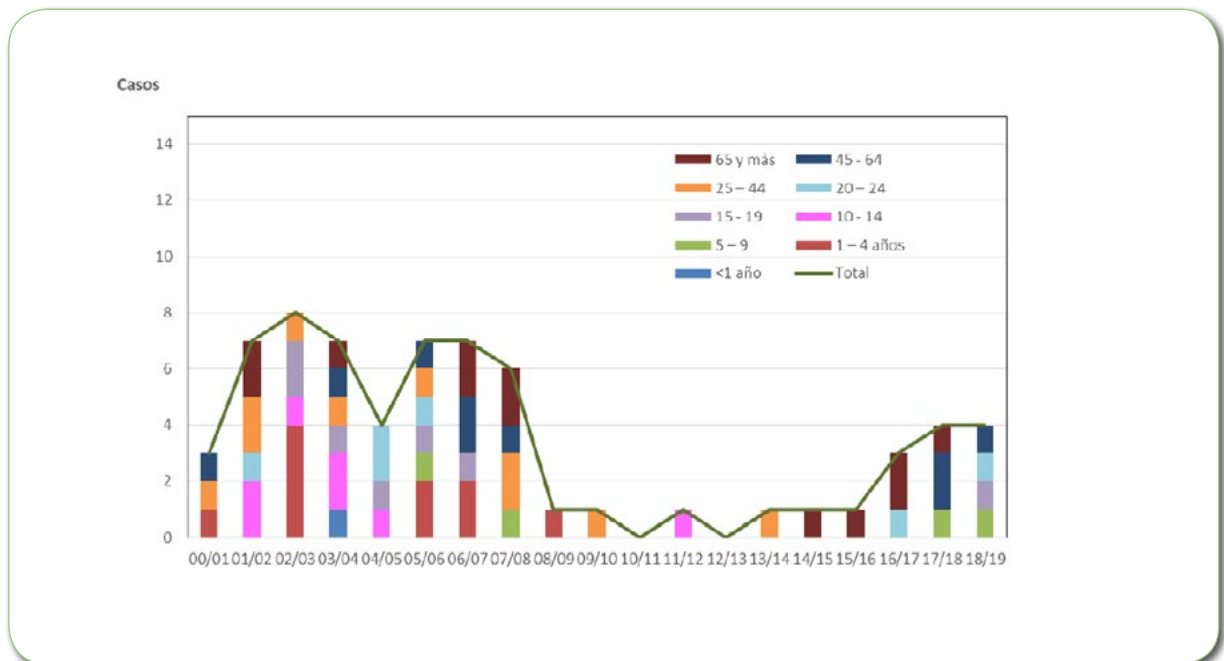
Gráfico 8 . Distribución de casos por Enfermedad meningocóca por serogrupo B. Según grupo de edad. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2018/2019.



En el gráfico 9 se presenta la distribución del serogrupo C por grupos de edad desde la T00/01. En la T18/19 se han noti-

ficado 4 casos por serogrupo C. Los casos han aumentado en las tres últimas temporadas y han ocurrido predominantemente en mayores de 45 años.

Gráfico 9. Distribución de casos por Enfermedad meningocóca por serogrupo C. Según grupo de edad. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2018/2019.

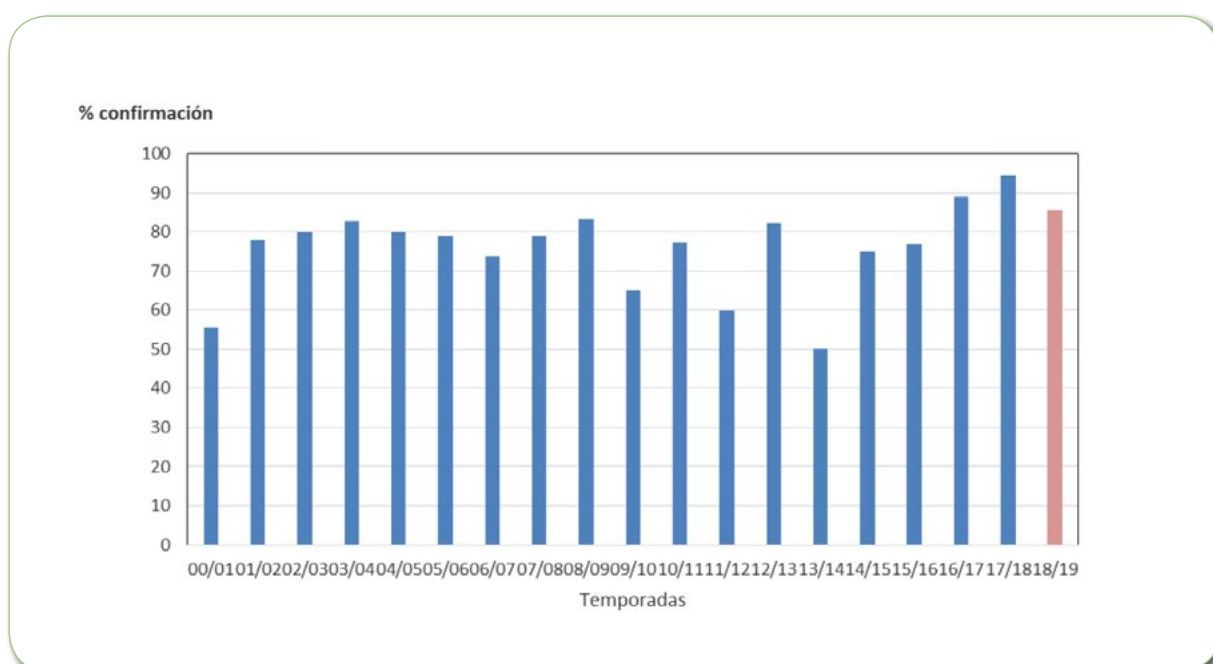


4.3 Diagnóstico de laboratorio

Se confirmaron el 90,5% de los casos, casi un 9% menos que en la temporada anterior. La confirmación de todos los casos no siempre es posible; las caracterís-

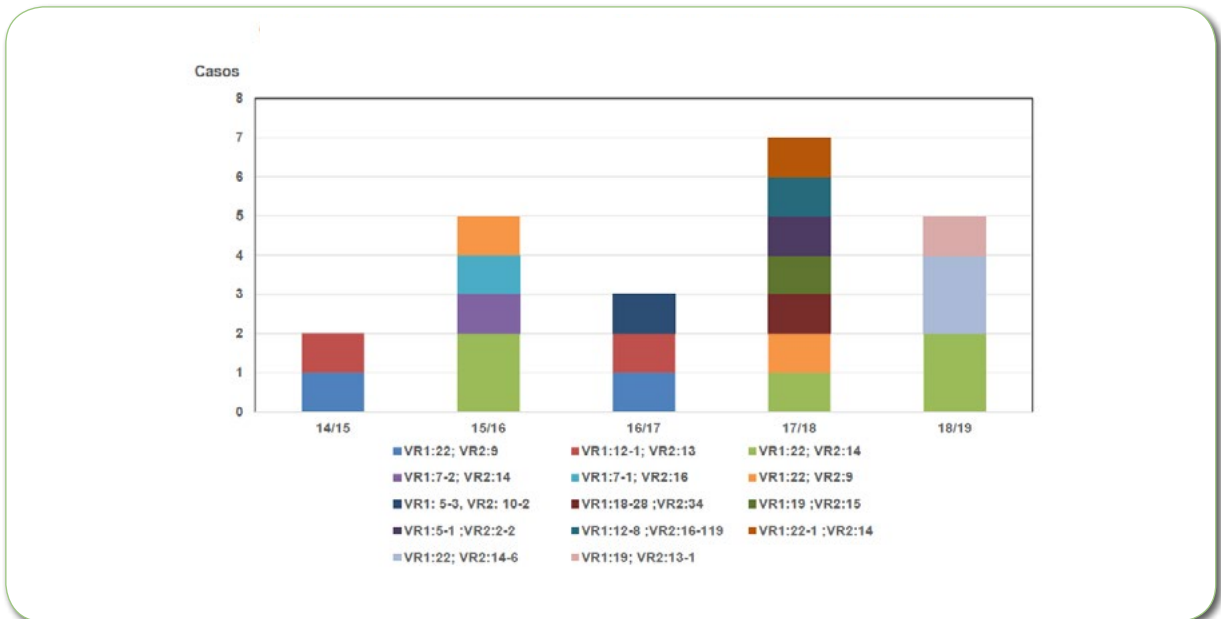
ticas clínicas o el tratamiento antibiótico previo pueden dificultarla. En el gráfico 10 se presenta el porcentaje de casos confirmados desde la temporada 2000/2001.

Gráfico 10. Confirmación de enfermedad meningocóca. Castilla y León. Temporadas 2000/ 2001 a 2018/2019.



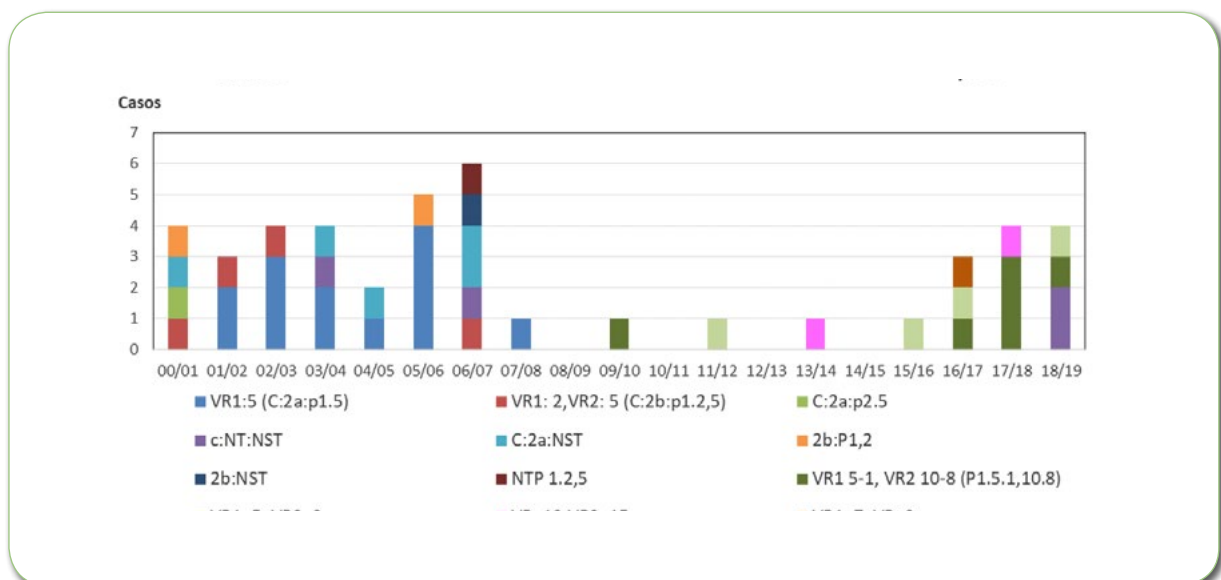
En el gráfico 11 se presentan los genosubtipados de los casos por serogrupo B en las cinco últimas temporadas.

Gráfico 11. Distribución de las cepas de Enfermedad Meningocócica por serogrupo B por temporadas. Castilla y León. Temporadas 2014/2015 a 2018/2019.



En el gráfico 12 puede verse la distribución de las cepas del serogrupo C desde la temporada 00/01.

Gráfico 12. Distribución de las cepas de Enfermedad Meningocócica por serogrupo C por temporadas. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2018/2019.



Aunque la vigilancia de los genosubtipados se presentaba básicamente en relación con el serogrupo C, responsable de brotes importantes en el pasado y para el que se dispone de vacuna desde hace

años, la determinación de los complejos clonales y de los genosubtipados es importante para la vigilancia de todos los serogrupos de enfermedad meningocócica.

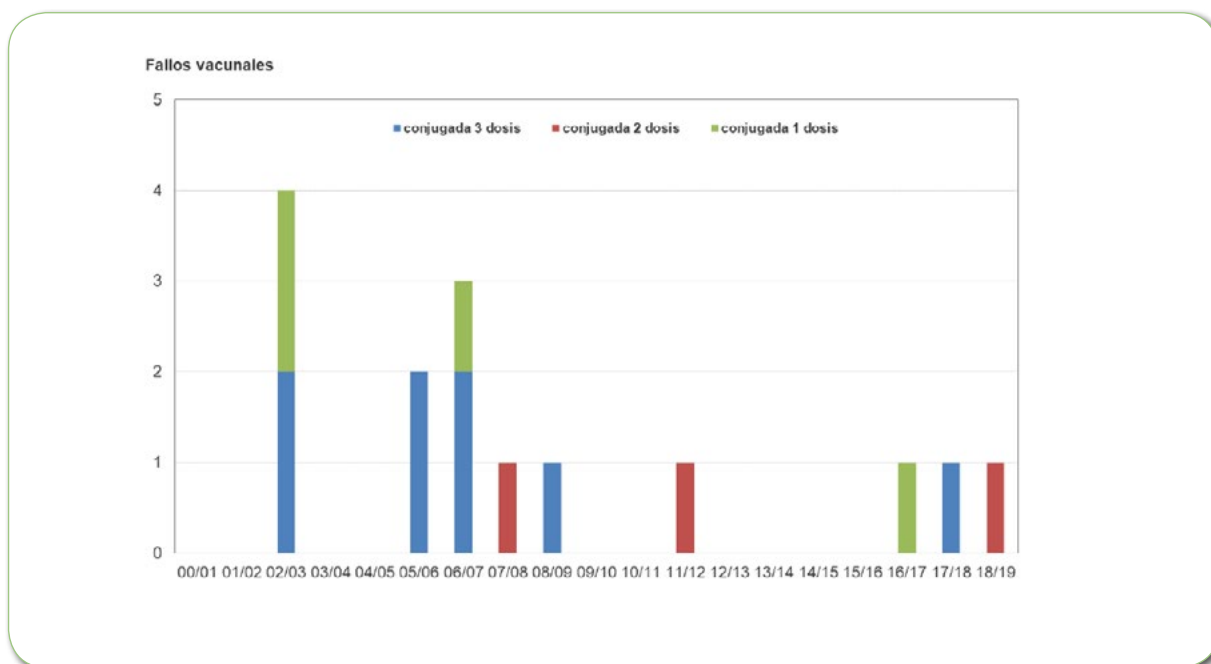
4.4 Fallos vacunales

En la T18/19, se ha notificado un fallo vacunal por serogrupo C en una niña de 5 años que había recibido vacunación completa para su edad (2 dosis). La última dosis de la vacuna se había administrado hacía 4 años. Ninguno de los otros casos presentaba vacunación documentada.

En casos por otros serogrupos tampoco se ha documentado la vacunación frente a los mismos en la T18/19.

En el gráfico 13 se presenta la evolución de los fallos vacunales por serogrupo C desde la temporada 00/01.

Gráfico 13. Evolución de los fallos vacunales en la Enfermedad Meningocócica por serogrupo C. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2018/2019

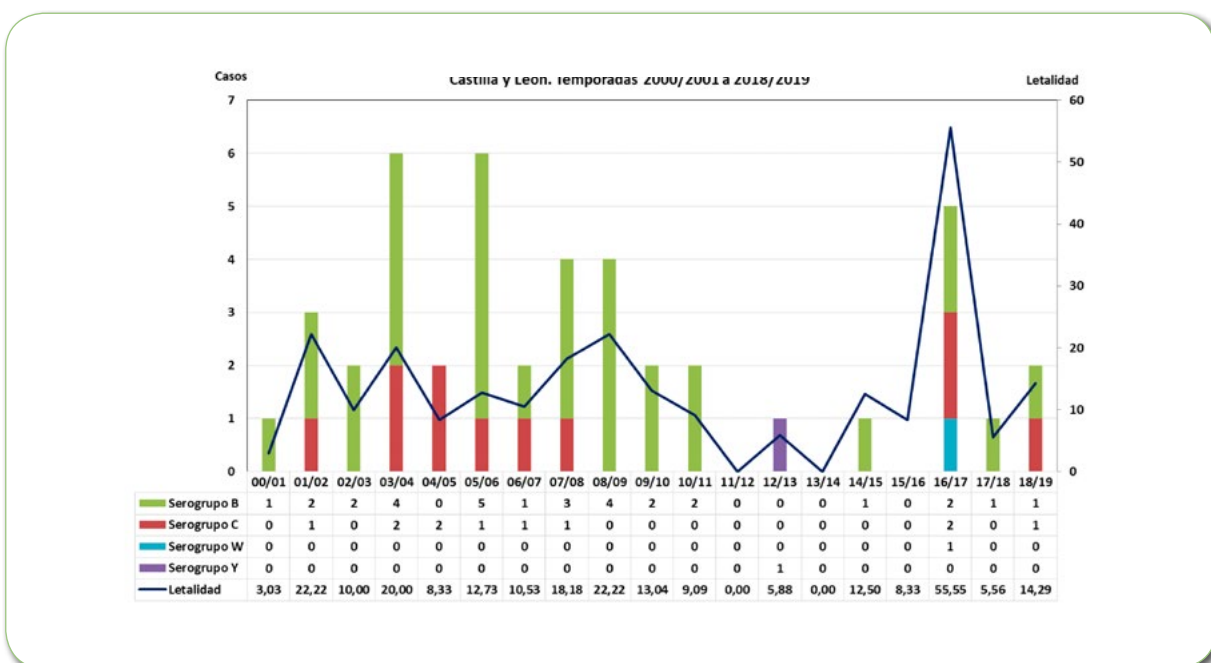


4.5 Evolución clínica

En la T18/19 han fallecido 3 personas, una por serogrupo B, otra por serogrupo C y otra que no se pudo determinar, lo que supone el 14,3% de los casos notificados. Los fallecidos de esta temporada tenían edades comprendidas entre los 17 y los 87 años.

En el gráfico 14 se presenta la evolución de la letalidad global y la distribución de los fallecidos desde la T00/01 por serogrupos.

Gráfico 14. Fallecimientos y letalidad por Enfermedad Meningocóca según serogrupos. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2018/2019.



5. Conclusiones y recomendaciones

En la temporada 2018/2019 se han notificado **21 casos**, la incidencia de la EM ha aumentado respecto a la temporada anterior (**de 0,74 a 0,87**). En relación a la tasa española, la tasa de casos confirmados en Castilla y León es levemente inferior a la española (**0,79 frente 0,83**).

La enfermedad ha sido más frecuente en el grupo de edad de 45 a 64 años (5 casos) y la tasa de incidencia más alta se ha observado en los niños de 5 a 9 años (2,96 casos por 100.000). En la evolución de la enfermedad hay que tener en cuenta que, dado que los casos no son elevados, las tasas pueden reflejar variaciones grandes.

Los serogrupos más frecuentes han sido el B y el Y, con 5 casos cada uno. El serogrupo B vuelve a presentar una tasa superior a la del C, al igual que en la temporada anterior, aunque esta diferencia a favor del B no es tan marcada como en temporadas previas. Por otra parte, los serogrupos W e Y han aumentado respecto a temporadas anteriores.

La tasa por grupos de edad varía dependiendo del serogrupo:

- Serogrupo B – 1,41 casos por 100.000 en menores de 1 año (1 caso).
- Serogrupo C - 0,99 casos por 100.000 entre 5 y 9 años (1 caso) y entre 15 y 19 años (1 caso).
- Serogrupo W - 1,41 casos por 100.000 entre 1 y 4 años (1 caso).

- Serogrupo Y – 1,92 casos por 100.000 entre 20 y 24 años (2 casos).

El porcentaje de confirmación de casos ha sido de 90,47%, inferior a la temporada anterior. Es necesario incidir en la importancia del envío sistemático de las muestras, independientemente del serogrupo, al Laboratorio de *Neisserias* del Centro Nacional de Microbiología para conocer la evolución de las cepas circulantes, si es posible antes de la administración del tratamiento antibiótico.

Es importante recordar que hay que continuar con la mejora en la recogida de datos, tanto clínicos como epidemiológicos, y revisar la calidad y exhaustividad de los mismos lo que nos permitirá conocer con mayor exactitud y profundidad la evolución, incluidas las secuelas, de la enfermedad meningocócica y no olvidar la importancia del diagnóstico precoz y la notificación rápida de los casos para poder actuar en los contactos lo antes posible.

Los cambios introducidos en el calendario vacunal, vacuna frente a meningococo B en pequeños y vacuna tetravalente en preadolescentes conllevarán cambios epidemiológicos en la presentación de los casos que habrá que seguir y vigilar atentamente.

Es importante conocer el estado vacunal y estudiar los posibles fallos vacunales con el objetivo de reforzar y mejorar la vigilancia de la enfermedad.

Anexo 1.

Criterio clínico

La enfermedad meningocócica puede presentarse como meningitis y/o meningococemia que puede progresar rápidamente a púrpura fulminante, shock y muerte. Las formas meníngeas suelen tener un comienzo brusco con fiebre, cefalea intensa, vómitos, rigidez de nuca y eventualmente petequias.

Criterio de laboratorio

Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Aislamiento de *N. meningitidis* en un sitio normalmente estéril o en el aspirado de petequias.
- Detección del ácido nucleico de *N. meningitidis* en un sitio normalmente estéril o en el aspirado de petequias.
- Detección de antígeno de *N. meningitidis* en LCR.

- Visualización de diplococos Gram negativos en LCR.

Criterio epidemiológico

Persona que ha tenido contacto con un caso confirmado por laboratorio.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: Persona que cumple los criterios clínicos de la enfermedad y presenta alguna prueba bioquímica compatible con la enfermedad.

Caso probable: Persona que cumple los criterios clínicos de la enfermedad y el criterio epidemiológico.

Caso confirmado: Persona que cumple los criterios clínicos de la enfermedad y alguno de los criterios diagnósticos de laboratorio.

