

Epidemiológicos

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN CASTILLA Y LEÓN. TEMPORADA 2015/2016.

1. RESUMEN	2
2. INTRODUCCIÓN	2
3. METODOLOGÍA	3
4. RESULTADOS	4
4.1. Clasificación de los casos	4
4.2. Datos descriptivos generales	5
4.2.1. Distribución espacial	6
4.2.2. Distribución temporal	7
4.3. Características de los casos de Enfermedad Meningocócica	7
4.3.1. Forma clínica	7
4.3.2. Diagnóstico de laboratorio	8
4.3.3. Características según serogrupo	9
5. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS	10
6. MEDIDAS DE CONTROL	10
7. COMPARACIÓN CON TEMPORADAS ANTERIORES	11
7.1. Incidencia de la enfermedad	11
7.2. Distribución por serogrupos	11
7.3. Diagnóstico de laboratorio	15
7.4. Fallos vacunales	17
7.5. Evolución clínica	18
8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	18
ANEXO 1	19

Servicio de Epidemiología.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

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

1. RESUMEN

En la Temporada 2015/2016 hubo 13 casos de enfermedad meningocócica (EM), con una incidencia de **0,52 casos por 100.000 habitantes**, que representa un ligero aumento respecto a las dos últimas temporadas.

La EM ha sido más frecuente en adultos, 46,2% en mayores de 20 años y 38,5% en mayores de 65 años. Hubo 4 casos en menores de 5 años.

En esta temporada no se ha observado ninguna forma clínica predominante.

El serogrupo B (55% de casos con serogrupo conocido) sigue siendo el causante de la mayoría de los casos y en esta temporada se ha presentado fundamentalmente en menores de 5 años.

2. INTRODUCCIÓN

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. Pocas veces la adquisición progresa a enfermedad invasiva antes de que exista inmunidad sistémica, que suele desarrollarse dentro de los 14 días siguientes a la adquisición del meningococo. 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* 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 tasa de letalidad asociada al serogrupo B es aproximadamente el 10% y es mayor cuando se asocia a otro serogrupo.

Históricamente la mayoría de los casos en nuestro medio son producidos por el serogrupo B. La incidencia del serogrupo C ha descendido de forma importante desde la introducción, en el calendario de vacunación infantil, de la vacuna conjugada frente al serogrupo C. Desde 2014 se dispone de vacuna frente a *N. meningitidis* B (Bexero®) que no está incluida en el calendario de vacunación infantil pero sí está recomendada y financiada en personas con riesgo alto de padecer enfermedad meningocócica invasora y en casos aislados y brotes, cuando se cumplan las recomendaciones de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones.

Por lo que respecta a los contactos estrechos de enfermedad meningocócica por serogrupo B solo se vacunarán si además son personas de riesgo (tal y como ya

figura en el documento de Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones).

<http://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-frente-meningococo-b>

La enfermedad meningocócica 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.

En la Unión Europea, durante 2014 se notificaron 2.760 casos confirmados de enfermedad meningocócica invasiva, que suponen una tasa global de 0,5 ca-

sos por 100.000 habitantes, la tasa más baja en las últimas temporadas. Las tasas más altas se observaron en menores de 1 año, 10,1 por 100.000 y entre 1 y 4 años, con una tasa de 2,5 casos por 100.000. El 64% de los casos fueron por serogrupo B. El predominio de casos por serogrupo C solo se observa en los países que no incluyen la vacunación frente a *N. meningitidis* C en su calendario oficial de vacunaciones.

En España en la temporada 2015/2016, según datos provisionales de la RENAVE (Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica), se notificaron 308 casos con una tasa de 0,66 por 100.000 habitantes. De ellos, se confirmaron 266 casos (tasa de 0,57) y de estos 127 fueron por serogrupos B (tasa de 0,27) y 17 por serogrupo C (tasa de 0,04).

3. METODOLOGÍA

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 2015/2016 (T15/16) y que iniciaron síntomas durante esa misma temporada, es decir, entre el 5 de octubre de 2015 y el 9 de octubre de 2016 (ambos inclusive).

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

La clasificación de los casos se realiza a partir de los criterios clínicos y de laboratorio recogidos en el Protocolo de vigilan-

cia de la Enfermedad Meningocócica de la RENAVE (Anexo 1) en:

- 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.

En la EM se define como:

- **brote en una institución o en un grupo** la aparición de dos o más casos confirmados de enfermedad meningocócica

producida por el mismo serogrupo en personas en una misma institución u organización en un intervalo de tiempo de cuatro semanas.

Y se define como

- **brote comunitario** la aparición de tres o más casos confirmados producidos por el mismo serogrupo que tienen lugar en un intervalo de tiempo de tres meses en un ámbito comunitario definido (municipio, barrio).

En ambos casos la verificación del brote se realizará lo antes posible mediante genotipado de las cepas en el Centro Nacional de Microbiología

La información que ha permitido elaborar este documento procede de los casos notificados y grabados en SIVE, con fecha inicio de síntomas en la T15/16. Hay que recordar la importancia de enviar la cepa o el microorganismo aislado al Centro Nacional de Microbiología (CNM) para realizar su genotipado y la muestra para PCR para conseguir identificar todos los casos posibles.

4. RESULTADOS

En la T15/16 se han notificado 13 casos de EM. La tasa de incidencia fue de **0,5 casos**

4.1. Clasificación de los casos.

Los casos de EM, según la clasificación de caso, se dividen en: 10 casos confirmados y 3 casos sospechosos. Todos fue-

Las Secciones de Epidemiología de los Servicios Territoriales de Sanidad y Bienestar Social son las encargadas de recabar la información necesaria para completar las encuestas y dar el caso por cerrado. Las principales fuentes de información son:

- los médicos de Atención Primaria y Especializada mediante la declaración al Sistema de Enfermedades de Declaración Obligatoria de Castilla y León.
- los laboratorios de Microbiología de la Comunidad de Castilla y León y del Centro Nacional de Microbiología.

El documento presenta información sobre la incidencia de la EM, distribución por diferentes variables como sexo, edad, serogrupo y genotipo o provincia, así como sobre la evolución de la EM en relación a 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, a 1 de enero de 2015 (Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE).

de EM por 100.000 habitantes en Castilla y León.

ron casos aislados. **La tasa de casos confirmados, en global, fue de 0,4 casos por 100.000 habitantes.**

4.2. Datos descriptivos generales.

Se notificaron 4 casos en hombres y 9 en mujeres, con tasas de 0,3 y 0,7 casos por 100.000 habitantes respectivamente.

En conjunto, la mediana de edad fue de 17 años (DS±38,3) y la moda 1 año. El

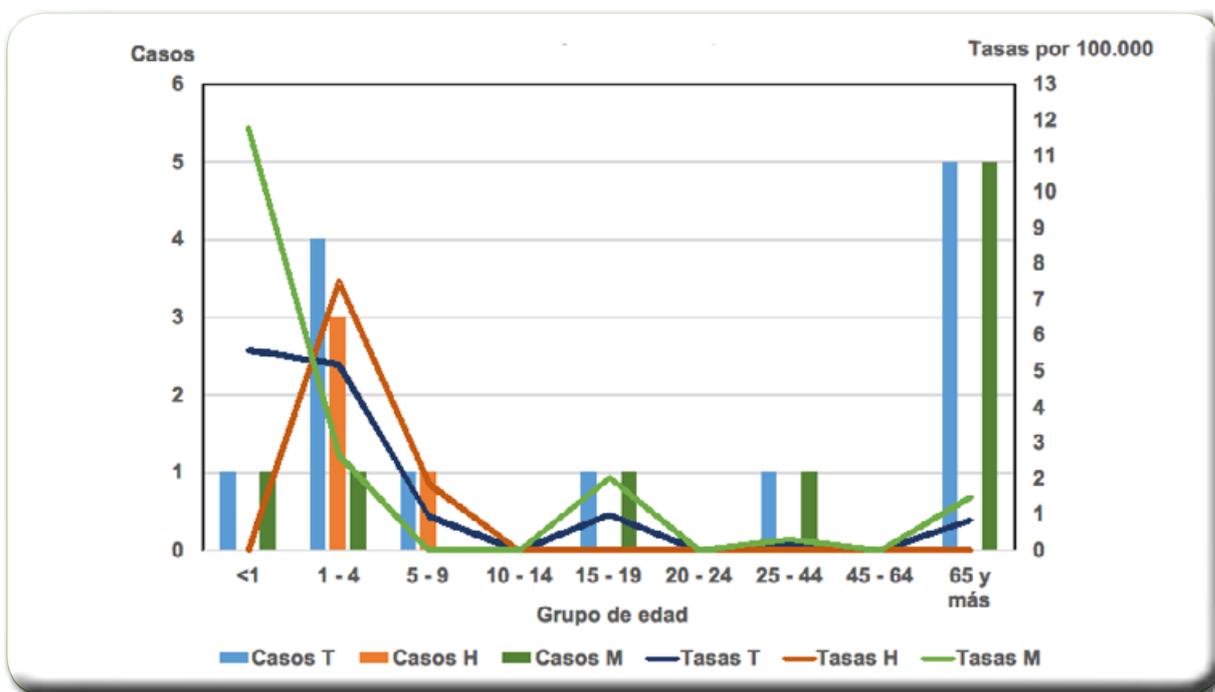
mayor porcentaje de casos se observó en personas con 65 y más años (38,5%) y la mayor tasa en menores de 1 año (5,6 casos por 100.000). Hubo un caso en menores de 1 año y 5 en menores de cuatro. La tabla 1 presenta la distribución de los casos según el grupo de edad.

Tabla 1. Casos y porcentaje de Enfermedad Meningocócica según grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2015/2016.

Grupo de edad	Casos	%
<1 año	1	7,7
1 - 4 años	4	30,8
5 - 9	1	7,7
10 - 19	1	7,7
20 - 24	0	0,0
25 - 44	1	7,7
45 - 64	0	0,0
65 y más	5	38,5
Total	13	100

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 grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2015/2016.



4.2.1. Distribución espacial.

En esta temporada han notificado casos todas las provincias excepto Ávila, León y Segovia. La provincia con mayor número de casos fue Burgos (4) y la que presentó

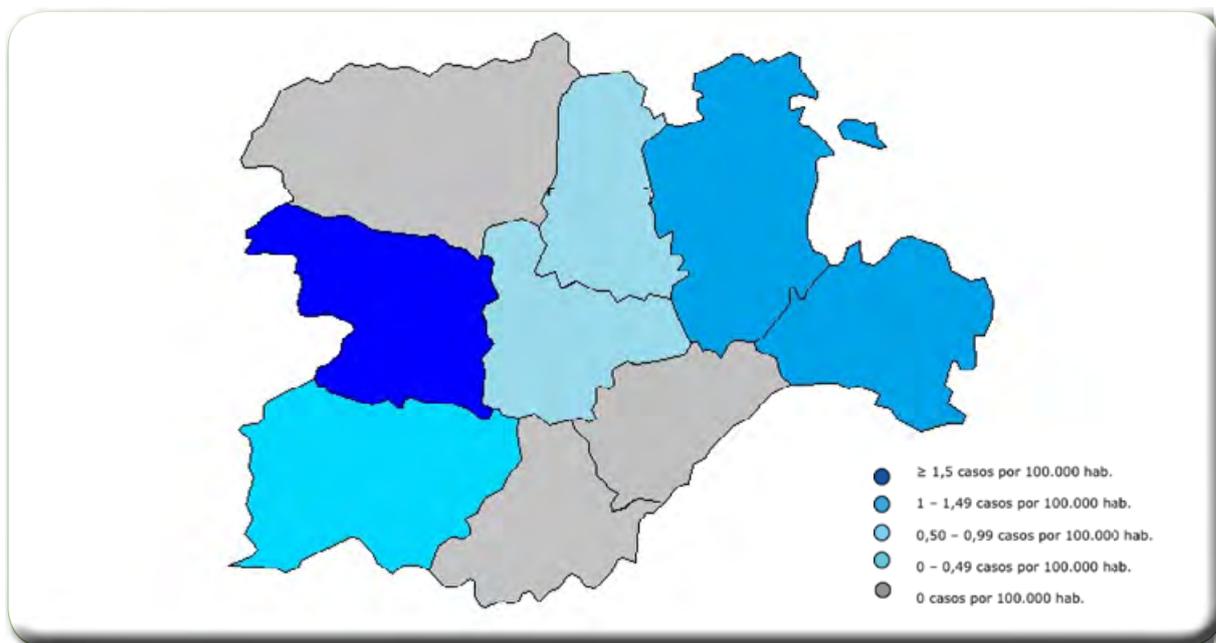
la mayor tasa Zamora, con 1,6 casos por 100.000 habitantes. La tabla 2 recoge los casos, el porcentaje y las tasas de incidencia provinciales y en el mapa se presenta la distribución espacial de las tasas. Hay que considerar que como el número

Tabla 2. Casos, porcentaje y tasas de Enfermedad Meningocócica por provincia. Castilla y León. Temporada 2015/2016.

Provincia	Población*	Casos	%	Tasas Incidencia por 100.000 hab.
Ávila	165.741	0	0,0	0,0
Burgos	362.913	4	30,8	1,1
León	480.331	0	0,0	0,0
Palencia	165.806	1	7,7	0,6
Salamanca	342.001	1	7,7	0,3
Segovia	157.938	0	0,0	0,0
Soria	91.780	1	7,7	1,1
Valladolid	527.395	3	23,1	0,6
Zamora	184.174	3	23,1	1,6
Castilla y León	2.478.079	13	100	0,5

* Cifras de población a 1 de enero de 2015 (Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE).

Distribución espacial de las tasas provinciales de incidencia de Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporada 2015/2016.



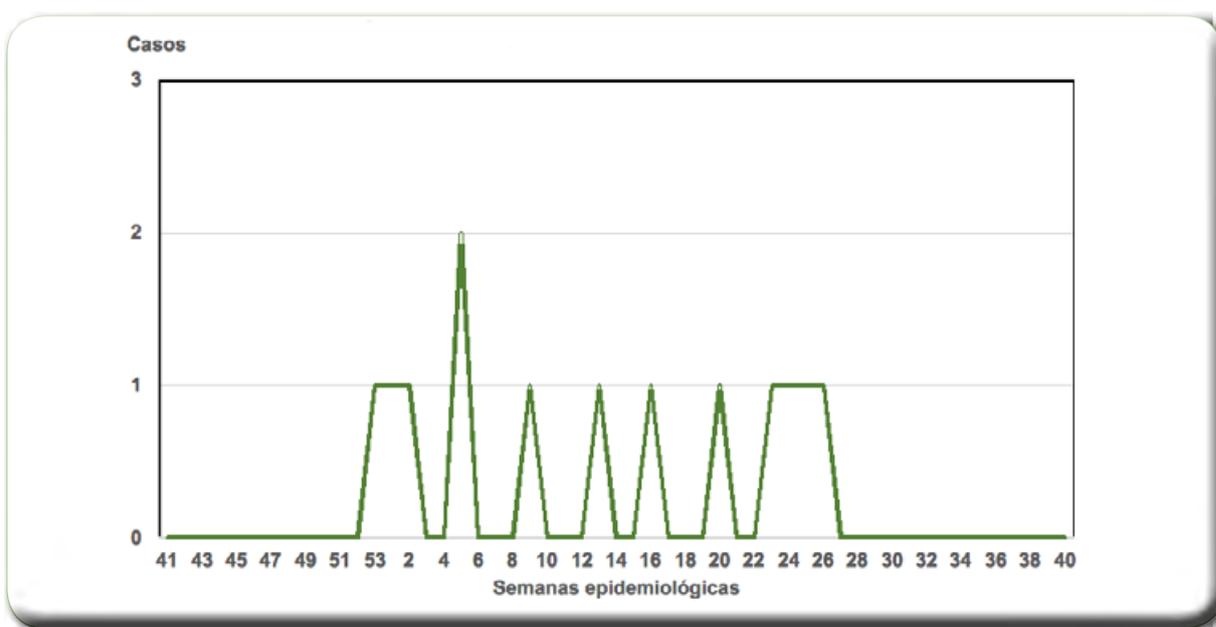
de casos es pequeño la variabilidad de las tasas es grande.

4.2.2. Distribución temporal.

Según la semana epidemiológica de inicio de síntomas se han notificado más casos en las primeras semanas del invierno

(semana 53 de 2015 a semana 2 de 2016) y en las últimas de la primavera (semanas 23 a 26 de 2016). En el gráfico 2 se presenta la distribución de los casos según la semana epidemiológica de inicio de

Gráfico 2. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica según semana epidemiológica de inicio de síntomas. Castilla y León. Temporada 2015/2016.



síntomas.

4.3. Características de los casos de Enfermedad Meningocócica.

4.3.1. Forma clínica.

En esta temporada no ha habido una forma clínica de presentación más frecuente.

En la tabla 3 puede verse la distribución de las formas clínicas y los serogrupos.

Tabla 3. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica según forma clínica y serogrupo. Castilla y León. Temporada 2015/2016.

Forma clínica/Serogrupo	B	C	W	Y	No grupado	Total
Meningitis	0	0	0	1	3	4
Meningitis + Sepsis	3	0	1	0	0	4
Sepsis	2	1	0	0	1	4
Otras	1	0	0	0	0	1
Total	5	1	1	2	4	13

Todos los casos necesitaron ingreso hospitalario. Los síntomas más frecuentes fue-

ron la fiebre, en todos los casos, y petequias, observadas en 3 casos (37,5%).

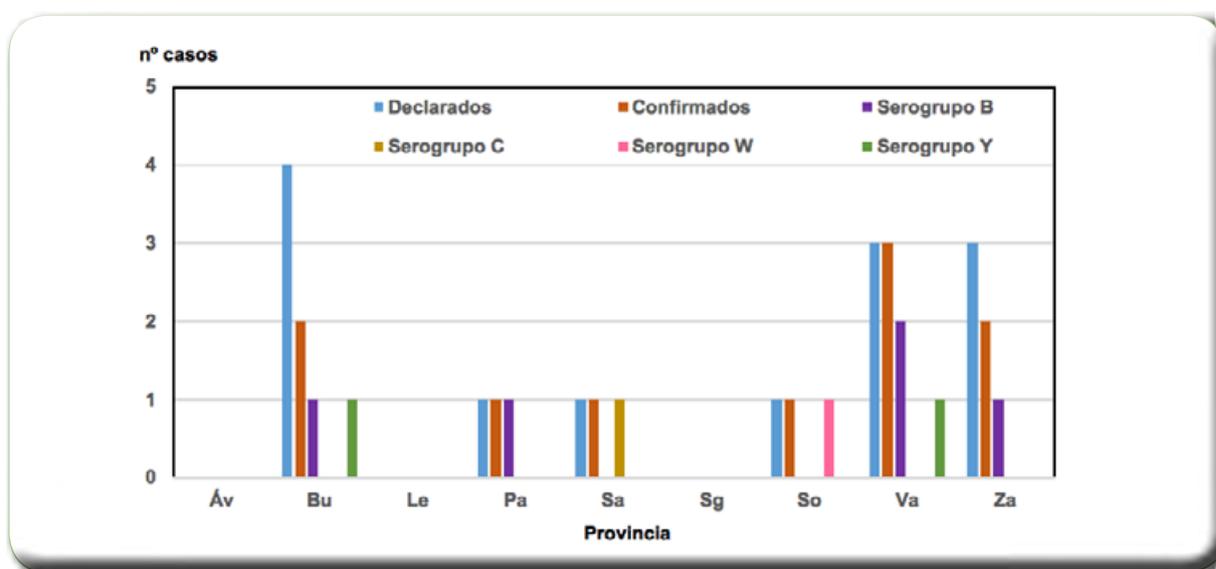
4.3.2. Diagnóstico de laboratorio.

Se han confirmado por laboratorio 10 casos (76,9%) y en 9 se aisló el serogrupo. El décimo caso se confirmó por detección de ácido nucleico en líquido cefalorraquídeo. El serogrupo más frecuente fue el **B**, en **5 casos**, que representan una tasa en población general de **0,2 casos**

por 100.000 habitantes. Además se confirmó un caso por serogrupo C, uno por serogrupo W y 2 por serogrupo Y.

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

Gráfico 3. Distribución de los casos confirmados y serogrupos de Enfermedad Meningocócica por provincias. Castilla y León. Temporada 2015/2016.



Se determinó, en el Centro Nacional de Microbiología, el genosubtipo en todos los casos con serogrupo identificado. En la tabla 4 se presenta la distribución

de genosubtipos según serogrupo. Cabe destacar la coincidencia del genosubtipo en los casos por serogrupo C y serogrupo W.

Tabla 4. Distribución de los genosubtipos en los casos de Enfermedad Meningocócica con serogrupo conocido. Castilla y León. Temporada 2015/2016.

Genosubtipo/Serogrupo	B	C	W	Y	Total
VR1: 12-1; VR2: 2-2	0	0	0	1	1
VR1: 22; VR2: 14	2	0	0	0	2
VR1: 5-1; VR2: 2-2	0	0	0	1	1
VR1: 5; VR2: 2	0	1	1	0	2
VR1: 7-2; VR2: 14	1	0	0	0	1
VR1: 7-2; VR2: 16	1	0	0	0	1
VR1:22, VR2: 9	1	0	0	0	1
Total	5	1	1	2	9

4.3.3. Características según serogrupo.

Los casos de *N. meningitidis* B fueron principalmente infantiles, hubo 3 casos menores de 4 años (2 niños y una niña) y uno de 8 años (niño). Todos menos uno estaban correctamente vacunados para su edad frente a *N. meningitidis* C y fueron vacunados frente a *N. meningitidis* B tras la enfermedad. El quinto caso fue una mujer de 81 años. Todos los casos evolucionaron a curación.

El caso por serogrupo C fue una mujer de 78 años. No había recibido ninguna dosis de vacuna frente a *N. meningitidis* C y fue vacunada frente a *N. meningitidis* B tras la enfermedad.

El caso por serogrupo W ocurrió en una adolescente de 17 años, que fue vacunada frente a *N. meningitidis* C y *N. meningitidis* B tras la enfermedad. Es de destacar que el genosubtipo de este caso coincide con el genosubtipo del caso por serogrupo C.

Los casos por serogrupo Y ocurrieron en dos mujeres de 80 y 96 años.

En la tabla 5 se presenta la distribución de serogrupos por grupo de edad.

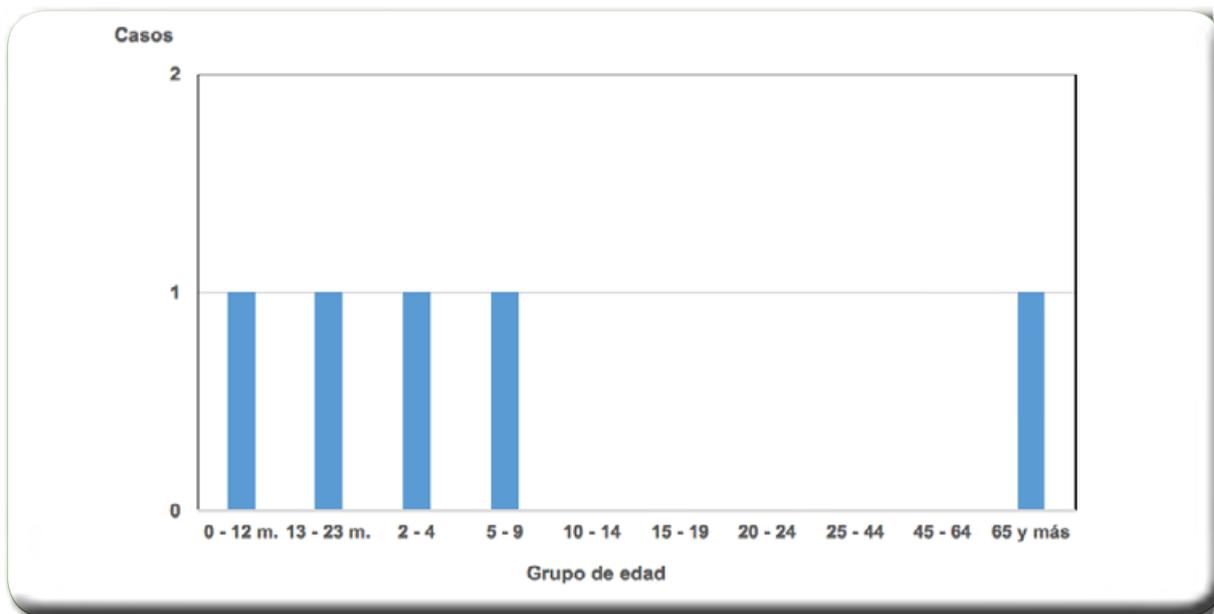
Tabla 5. Distribución de los serogrupos por grupo de edad. Enfermedad Meningocócica. Temporada 2015/2016.

Grupo de edad/Serogrupo	B	C	W	Y	Total
<1 año	1	0	0	0	1
1 – 4 años	2	0	0	0	2
5 – 9	1	0	0	0	1
10 – 19	0	0	1	0	1
≥20	1	1	0	2	4
Total	5	1	1	2	9

El gráfico 4 presenta la distribución por edad de los casos por serogrupo B ocu-

rridos mayoritariamente en menores de 4 años.

Gráfico 4. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica por Serogrupo B según grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2015/2016.



5. EVOLUCIÓN CLÍNICA DE LOS CASOS

Todos los casos evolucionaron a curación menos uno, clasificado como caso sospechoso. El caso era una niña de 14 meses,

que falleció a los 17 días del inicio de síntomas.

6. MEDIDAS DE CONTROL

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. A los casos confirmados por serogrupo B se les recomendó y administró la vacuna frente a *N. me-*

ningitidis B. Igualmente, al caso confirmado por serogrupo W se le recomendó vacunación frente a *N. meningitidis* B y *N. meningitidis* C y también se recomendó vacunación frente a *N. meningitidis* C en sus contactos convivientes.

En los casos confirmados por serogrupo Y no consta recomendaciones especiales de vacunación.

7. COMPARACIÓN CON TEMPORADAS ANTERIORES

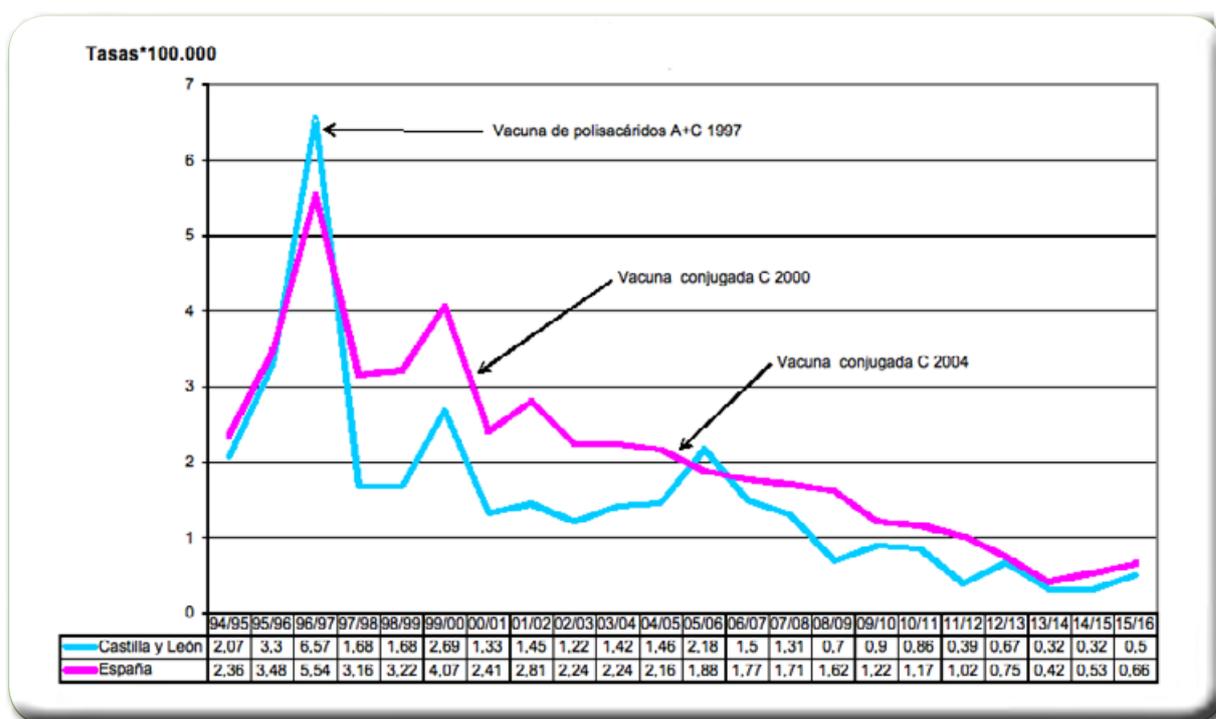
7.1. Incidencia de la enfermedad.

La tasa de incidencia de la EM tiene en las últimas temporadas una tendencia descendente aunque en esta temporada la incidencia ha aumentado respecto a las dos últimas temporadas, con un incremento en la tasa del 50%. Sin embargo, hay que considerar que el número de casos es pequeño y por ello la variabilidad de la tasa es tan grande.

Aunque los datos de España son provisionales (RENAVE Temporada 2015-2016). Con los datos disponibles en el momento de realizar este informe la tasa de Castilla y León es menor que la tasa española como en la mayoría de las temporadas anteriores.

En el gráfico 5 se presenta la evolución de las tasas de incidencia en Castilla y León y España desde la T94/95.

Gráfico 5. Evolución de la incidencia de Enfermedad Meningocócica en España y en Castilla y León. Temporadas 1994/1995 a 2014/2015.



7.2. Distribucion por serogrupos.

Aunque la tasa de incidencia por serogrupo B, 0,20 casos por 100.000 habitantes, es ligeramente mayor que la de la temporada anterior (0,16) la tendencia en las últimas temporadas es descendente, y son tasas muy bajas comparadas con las de las otras temporadas analizadas. Hay que

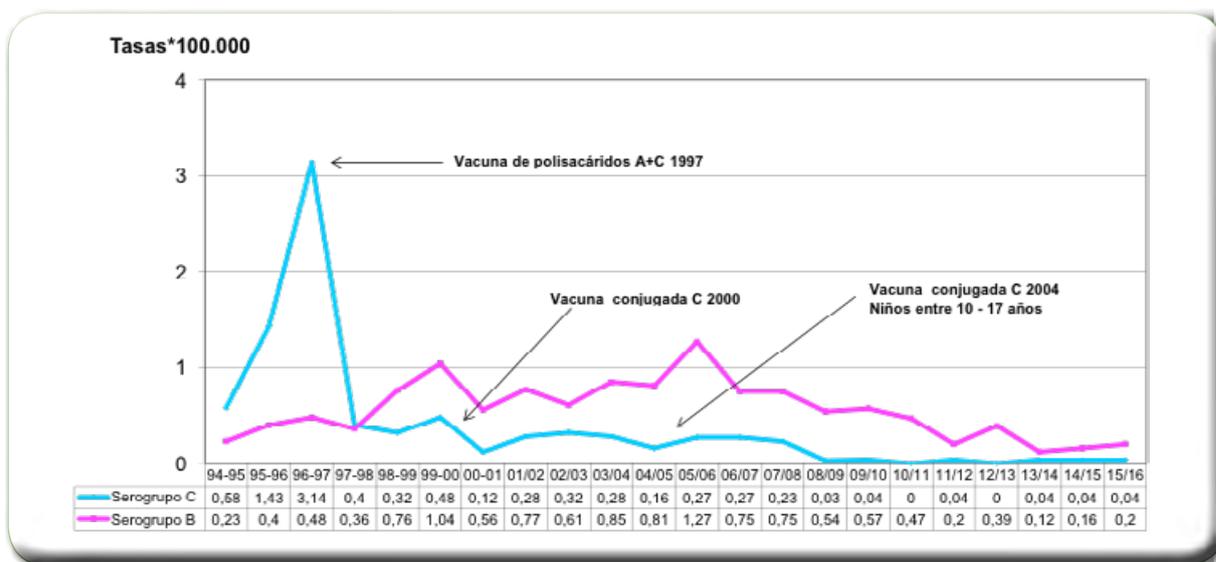
recordar también que el bajo número de casos de la enfermedad hace que las tasas fluctúen de forma importante.

La tasa de incidencia por serogrupo C se mantiene estable en las últimas temporadas.

En el gráfico 6 se presenta la evolución de las tasas de los serogrupos B y C y se observa también la evolución descendente de los casos por serogrupo C después

de la introducción de la vacunación frente a *N. meningitidis* C en el calendario de vacunación infantil.

Gráfico 6. Tasa de incidencia de Enfermedad Meningocócica por serogrupos B y C. Castilla y León. Temporadas 1994/1995 a 2015/2016.

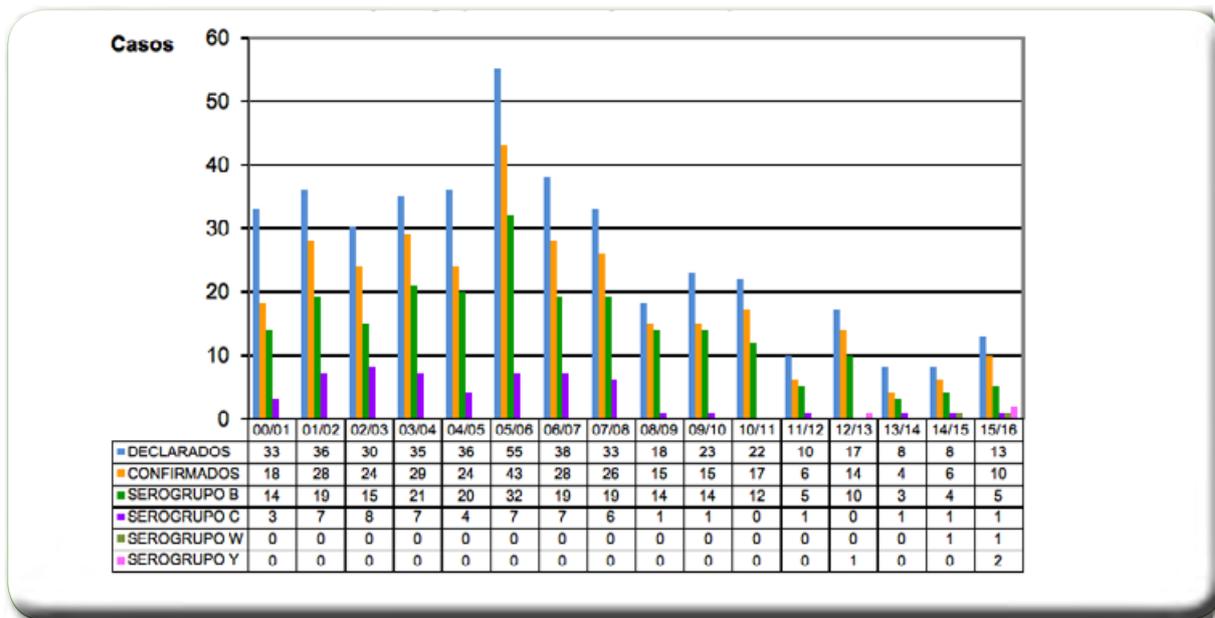


A nivel nacional, datos provisionales, de los 266 casos confirmados de EM 127 fueron por serogrupos B (tasa de 0,27) y 17 por serogrupo C (tasa de 0,04).

EM desde la temporada 2000/2001 y se observa que, en esta temporada, los casos notificados han aumentado. Hay que destacar el aumento de los casos por serogrupos distintos del B y el C en las últimas temporadas.

En el gráfico 7 se presenta la evolución de los casos declarados y confirmados de

Gráfico 7. Evolución de los casos de Enfermedad Meningocócica declarados, confirmados y serogrupo. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2015/2016.

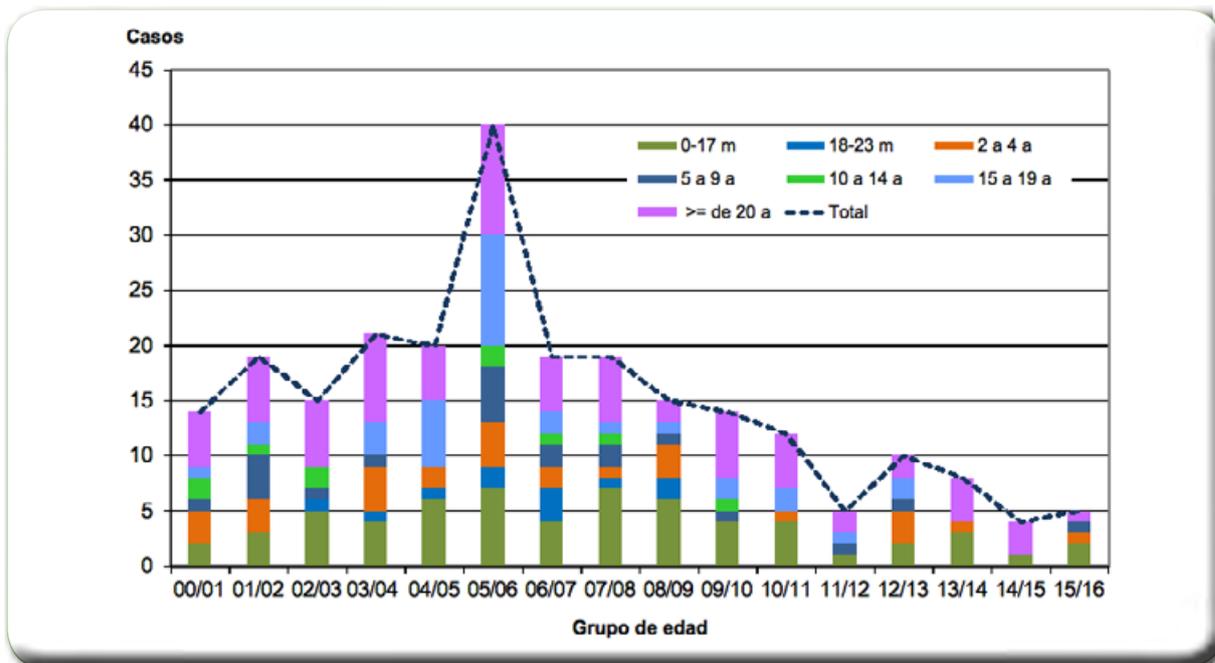


Los casos notificados han descendido progresivamente en las temporadas previas pero en las temporadas 2015-2016 han aumentado. La media de casos notificados en las seis últimas temporadas (T10/11 a T15/16) fue de 13 casos (rango entre 22 y 8 casos). La media de casos por serogrupo B en el mismo periodo fue de 6,5 (rango entre 12 y 5 casos) y por serogrupo C 0,7 casos (rango entre 0 y 1 caso).

En el gráfico 8 se presenta la distribución del serogrupo B por grupos de edad des-

de la T00/01 y observamos que en general el mayor número de casos ha ocurrido en personas mayores de 20 años aunque esto no ha ocurrido en la temporada 2015/2016. Igualmente se observa que en las últimas temporadas no se ha producido ningún caso en adolescentes (de 10 a 19 años) y que el número de casos en menores de 1 año también ha ido descendiendo. Los casos en menores de 2 años suponen el 30% de los casos en las 16 temporadas analizadas. Un porcentaje que se mantiene (29,5%) si analizamos solo las seis últimas temporadas.

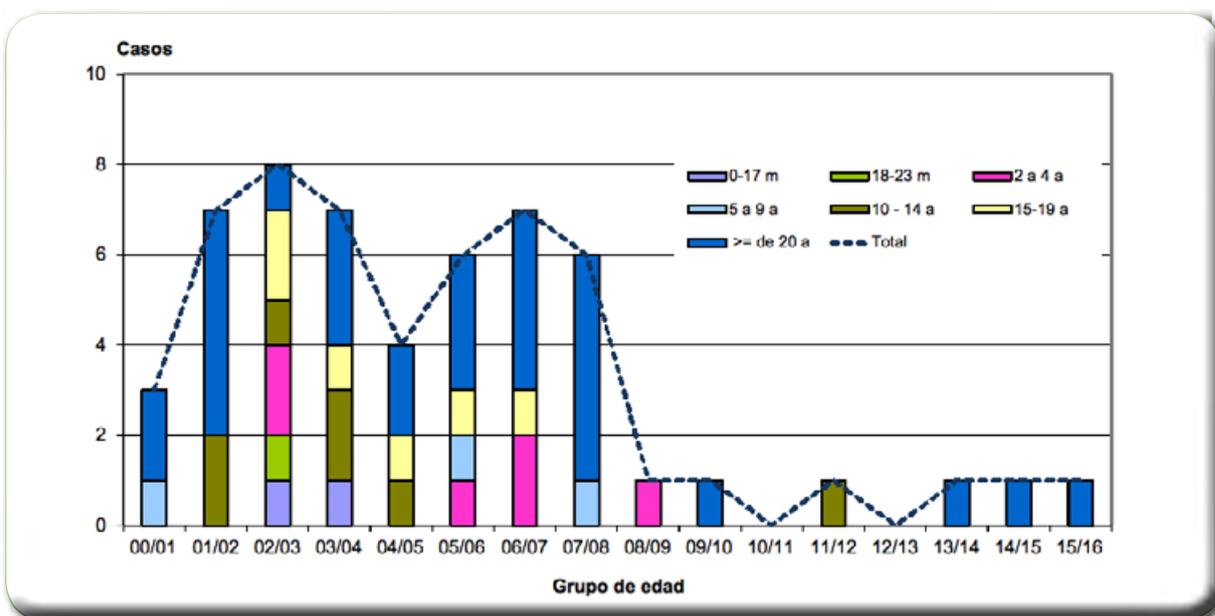
Gráfico 8. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica por serogrupo B según grupo de edad. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2015/2016.



En la T15/16 se ha notificado un único caso por serogrupo C, igual que en las dos últimas temporadas, en una mujer de 74 años. El gráfico 9 presenta la distribución del serogrupo C por grupos de edad desde la T00/01 y se observa que más del 50% de los casos ocurren en personas mayores.

Los casos en adolescentes han ido disminuyendo paulatinamente desde la T00/01 y más claramente desde la T04/05 tras la vacunación frente a *N. meningitidis* C con vacuna conjugada en 2004 a los niños entre 10 y 17 años.

Gráfico 9. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica por serogrupo C según grupo de edad. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2015/2016.

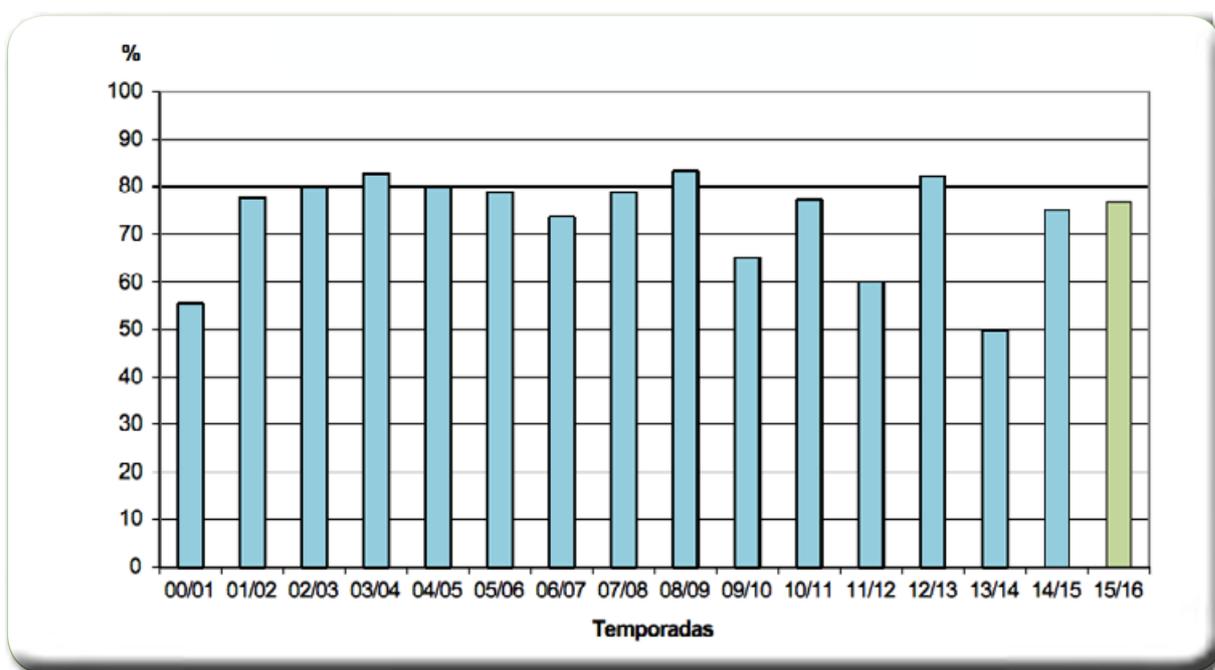


7.3. Diagnóstico de laboratorio.

El porcentaje de confirmación de casos fue prácticamente del 77%, ligeramente superior al de temporadas anteriores. La confirmación de todos los casos no siempre es posible; las características clínicas

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

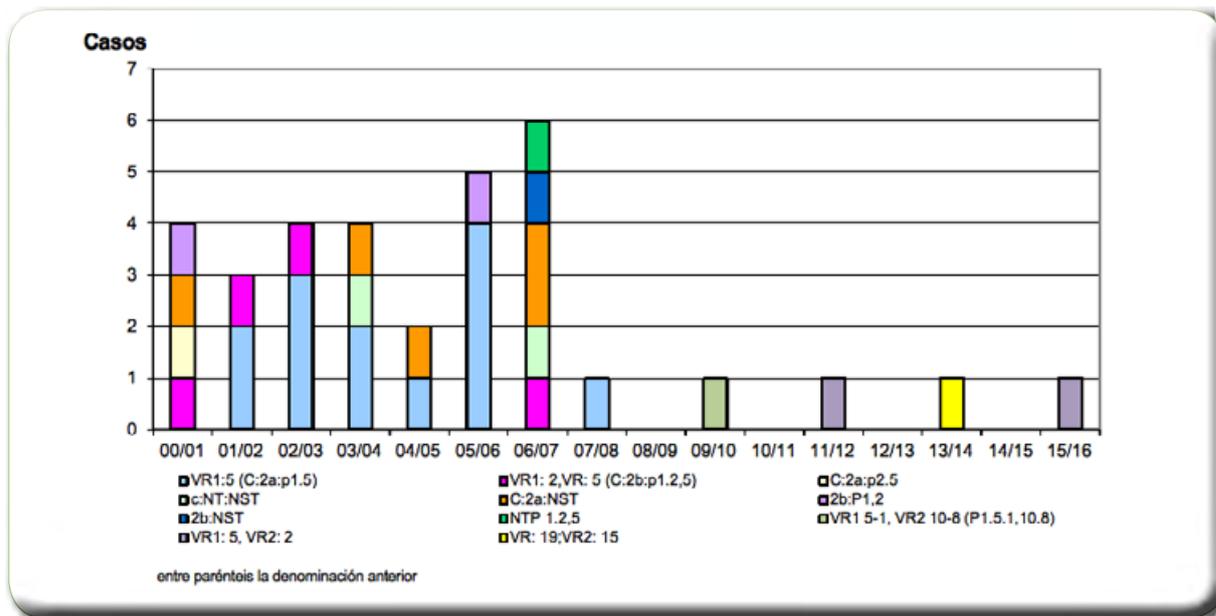
Gráfico 10. Confirmación de casos de Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2015/2016.



Se han genosubtipado 9 de los 10 casos confirmados, 5 correspondían a casos por *N. meningitidis* B, 1 al serogrupo C, 1 al serogrupo W (que es igual al aislado en

el caso por serogrupo C) y 2 al serogrupo Y. En el gráfico 11 puede verse la distribución de las cepas del serogrupo C desde la temporada 00/01.

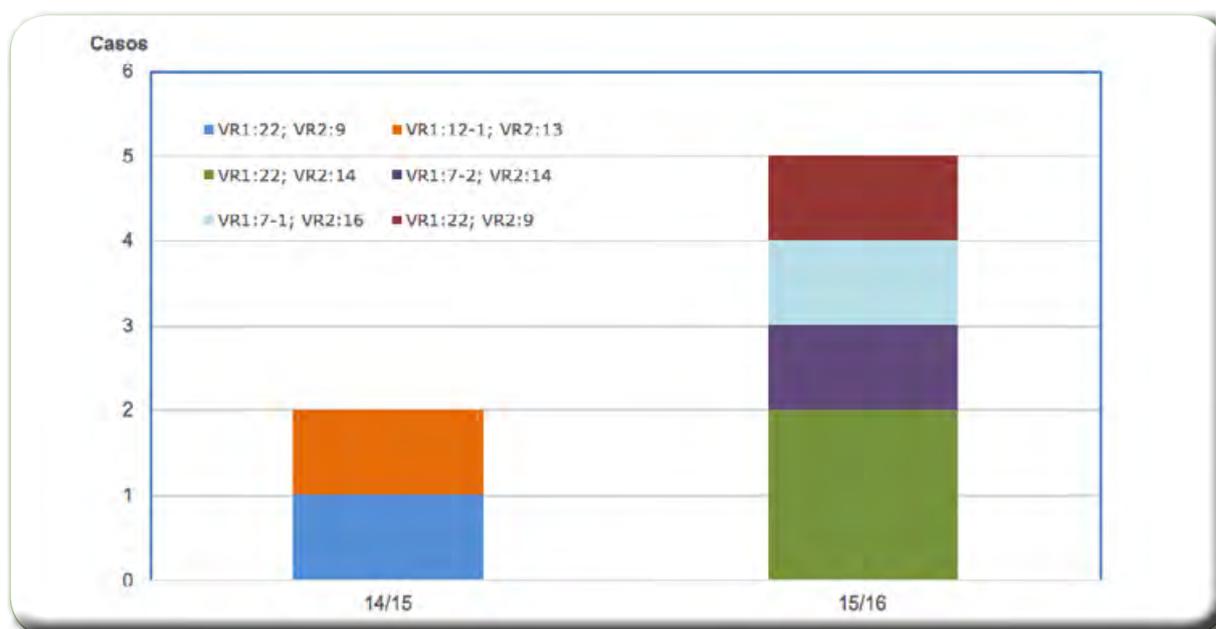
Gráfico 11. Distribución de las cepas de Enfermedad Meningocócica por serogrupo C por temporadas. Castilla y León. Temporadas 2001/2002 a 2015/2016.



Aunque la vigilancia de los genosubtipados se presentaba básicamente en relación con el serogrupo C, que había ocasionado brotes importantes y para el que se dispone de vacuna, con la autorización de la vacuna frente a meningococo B la

determinación de los complejos clonales y de los genosubtipados y su seguimiento son también relevantes. En el gráfico 12 se presentan los genosubtipados de los casos por serogrupo B en las dos últimas temporadas.

Gráfico 12. Distribución de las cepas de Enfermedad Meningocócica por serogrupo B por temporadas. Castilla y León. Temporadas 2014/2015 a 2015/2016.

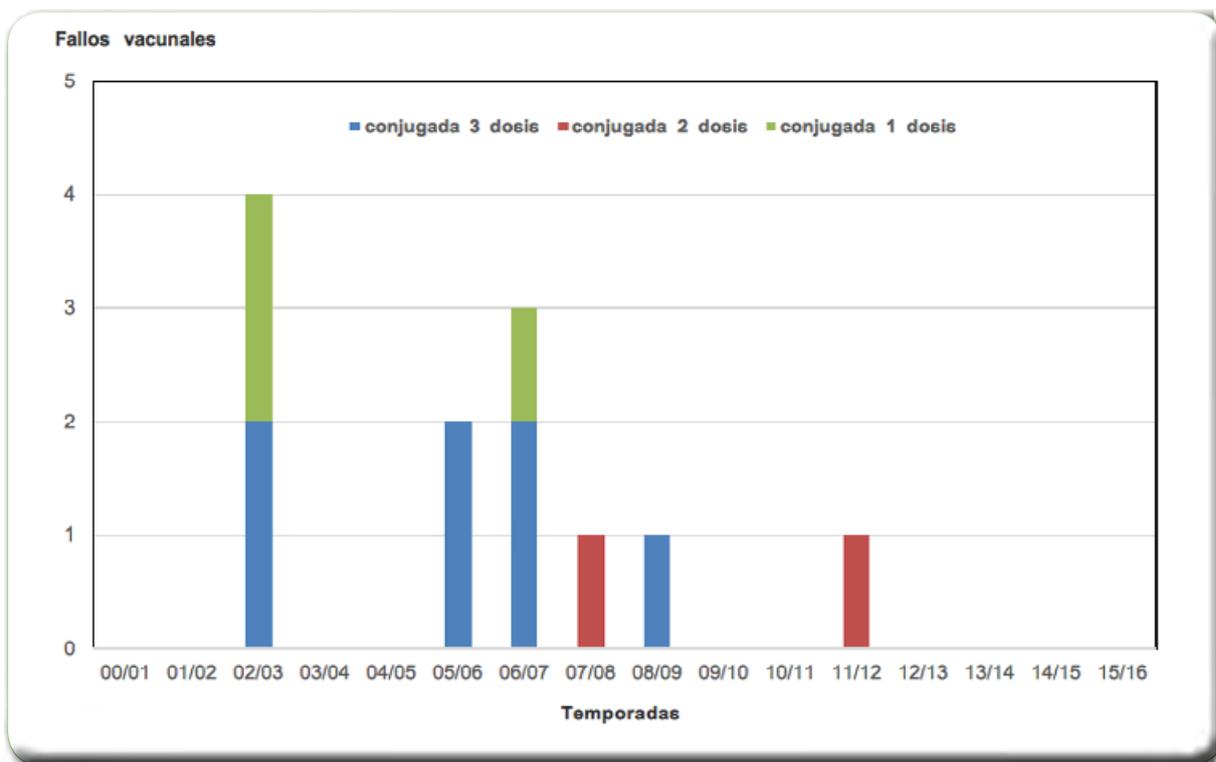


7.4. Fallos vacunales.

En relación con el serogrupo C en la T15/16, igual que en las últimas temporadas no se ha notificado ningún fallo vacunal. En el gráfico 13 se presenta la distribución de los fallos vacunales por se-

rogrupo C por temporada y por grupo de edad respectivamente. En ambos se especifica, en cada caso, el número de dosis de vacuna recibida.

Gráfico 13. Evolución de los fallos vacunales en la Enfermedad Meningocócica por serogrupo C. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2015/2016.



Ninguno de los casos por serogrupo B había sido vacunados con anterioridad a su

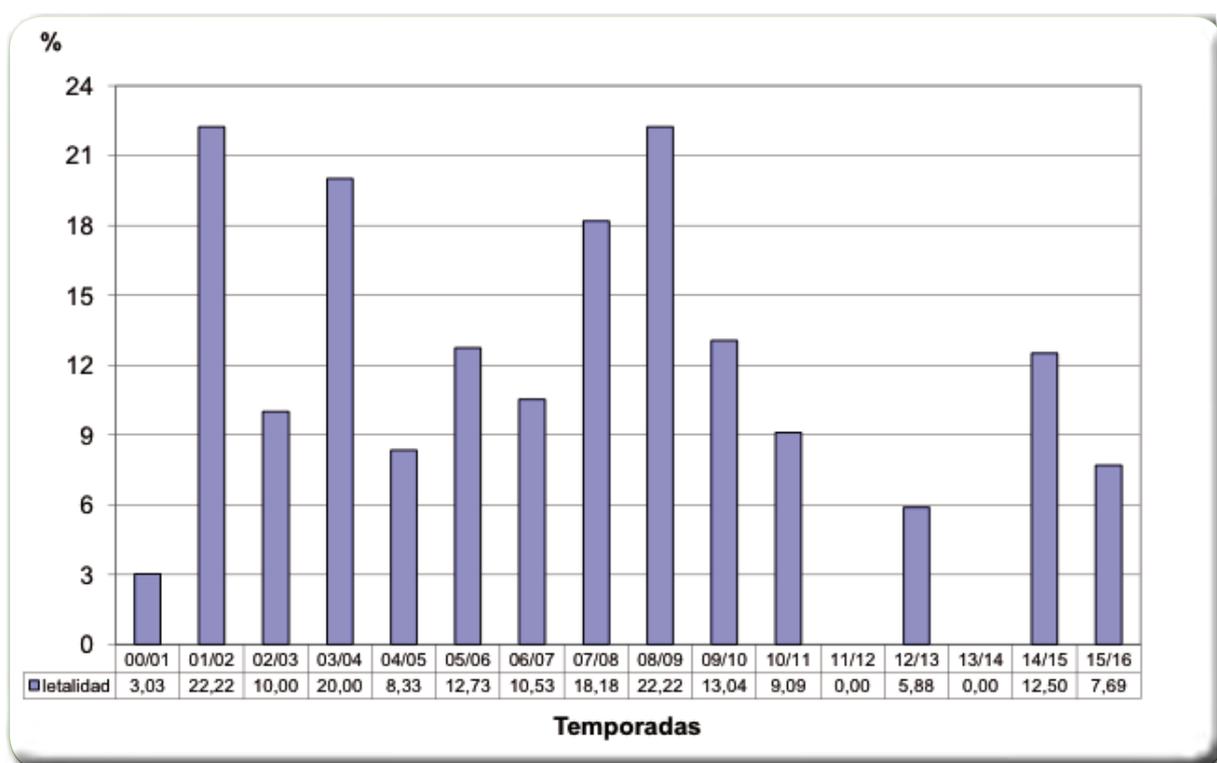
enfermedad con vacuna frente a N. meningitidis B.

7.5. Evolución clínica.

En la T15/16 hubo 1 fallecido, del que no se conoce el serogrupo. En el gráfico 14 se presenta la evolución de la letalidad desde

la T00/01 y en el gráfico 16 la distribución de los fallecidos desde la T00/01 en conjunto y por serogrupos.

Gráfico 14. Letalidad por Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2015/2016.



8. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la temporada 2015/2016 la incidencia de la EM se mantiene baja pero ha aumentado respecto a las dos temporadas anteriores. La tasa se mantiene por debajo de la tasa española. La enfermedad ha sido más frecuente en mayores de 65 años y en esta temporada también han aumentado los casos en menores de 10 años.

El serogrupo predominante continúa siendo el B, que ha presentado una tasa

ligeramente superior a las temporadas anteriores. Todos los casos evolucionaron a curación.

La confirmación de casos ha sido ligeramente mayor que en la temporada anterior. Sin embargo, hay que incidir en la importancia del envío sistemático de las muestras, independientemente del serogrupo, al Laboratorio Nacional de Referencia para Meningococos en el Centro

Nacional de Microbiología para conocer la evolución de las cepas circulantes.

La encuesta epidemiológica de la enfermedad meningocócica se ha modificado de acuerdo con lo acordado en los nuevos protocolos de la RENAVE. Por ello, 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 de la enfermedad meningocócica.

Por lo que respecta al serogrupo B, a partir de la autorización de la vacuna frente a *N. meningitidis* B, y aunque desde el ámbito de Salud Pública su uso está recomendado exclusivamente para determinadas situaciones y grupos de riesgo, se administra de manera amplia por recomendación individual. Por lo tanto, hay que iniciar el estudio de todos los posibles fallos vacunales, con el objetivo conocer la efectividad de la vacuna y 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.