

Epidemiológicos

INFORME EPIDEMIOLÓGICO SOBRE LA ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA EN CASTILLA Y LEÓN. TEMPORADA 2017/2018.

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	6
3.2.2. Distribución temporal	7
3.3. Características de los casos de Enfermedad Meningocócica	8
3.3.1. Forma clínica	8
3.3.2. Diagnóstico de laboratorio	9
3.3.3. Características según serogrupo	10
4. COMPARACIÓN CON TEMPORADAS ANTERIORES	10
4.1. Incidencia de la enfermedad	10
4.2. Distribución por serogrupos	11
4.3. Diagnóstico de laboratorio	14
4.4. Fallos vacunales	16
4.5. Evolución clínica	17
5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	17
ANEXO 1	18

Servicio de Epidemiología.

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

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. Pocas veces la adquisición del estado de portador 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 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, en la temporada que analiza este informe, 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 las situaciones que determine la Autoridad Sanitaria. La vacuna frente a *N. meningitidis* B también se prescribe individualmente, con financiación privada.

También están comercializadas vacunas frente a los serogrupos A, C, W e Y, no incluidas de momento en el calendario de vacunación infantil, que se administran en personas incluidas en grupos de riesgo <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/vacunaciones/vacunacion-personas-pertenecientes-grupos-riesgo> y 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, en el año 2016 se notificaron 3.280 casos confirmados de enfermedad meningocócica invasiva, 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 8,5 casos por 100.000 y entre 1 y 4 años fue 2,7.

En el 92% de los casos se aisló el serogrupo, el mayor porcentaje fue serogrupo B, 54%, seguido de los serogrupos C y W con el 16% y 15% respectivamente. De los casos con serogrupo conocido (29%) el 61% fueron por serogrupo B y el 14% por serogrupo C. Desde 2012 se ha observado un descenso en los casos por serogrupo B mientras que los casos por serogrupo C se han mantenido estable entre 2012 y 2016. Los serorupos W e Y presentan un aumento, en el caso de W el aumento es pronunciado y en el caso del Y ligero.

Los casos por serogrupo B son más frecuentes en menores de 5 años (75%), por serogrupo C son más frecuentes entre 25 y 49 años (29%) y por serogrupo Y e W en

personas con 65 y más años (26% y 31% respectivamente). El predominio de casos por serogrupo C se observa en los países que no incluyen la vacunación frente a *N. meningitidis* C en su calendario oficial de vacunaciones.

En España se observa una tendencia descendente hasta la temporada 2013/2014 a partir de la cual se observa un incremento de los casos y tasas.

En la temporada 2017/2018 se notificaron a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) 372 casos (tasa 0,80 casos por 100.000 habitantes) de los que se confirmaron 346 (tasa de 0,74). Hubo 142 (41%) casos confirmados por serogrupo B, con una tasa de 0,30 casos por 100.000, por serogrupo C hubo 40 casos (11,5%) y tasa de 0,09. Por serogrupo W hubo 48 casos (13,9%) confirmados y una tasa de 0,10 y por serogrupo Y 37 casos (10,7%) con una tasa de 0,07. Se observa un aumento de casos, en los serogrupos C, W e Y.

Las tasas por grupos de edad varían dependiendo del serogrupo. Para el serogrupo B las mayores tasas se observaron en los menores de 1 año (5,85 casos por 100.000) y entre 1 y 4 años (1,80). Por serogrupo C la mayor tasa se presentó en personas entre 20 y 24 años (0,18) y entre 1 y 4 años (0,17). Los serogrupos W e Y presentaron las tasas más elevadas en los mismos grupos de edad: menores de 1 año (0,25 en ambos serogrupos) y entre 15 y 19 años (0,22 en ambos serogrupos).

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 2017/2018 (T17/18) y que iniciaron síntomas durante esa misma temporada, es decir, entre el 9 de octubre de 2017 (semana 41) y el 7 de octubre de 2018 (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 primovacunación se haya completado.

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.

El documento 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 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 2017 (Fuente: Consejería de Sanidad con datos del INE).

3. RESULTADOS

En la T17/18 se han notificado 18 casos de EM. La tasa de incidencia fue de **0,74**

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: 17 casos confirmados y 1 caso sospechoso. Todos fueron

casos aislados. **La tasa de casos confirmados**, en global, fue de **0,70** casos por 100.000 habitantes.

3.2. Datos descriptivos generales.

Se notificaron 14 casos en mujeres y 4 en hombres con tasas de 1,14 y 0,33 casos por 100.000 habitantes respectivamente, con una diferencia estadísticamente significativa entre ellas (RT = 3,45. IC95% 1,07;14,27 p=0,035).

con 65 y más años. En menores de 5 años hubo 4 casos.

La media de edad fue de 42,66 años (DS±34,60). Esta temporada los casos de EM fueron más frecuentes en personas

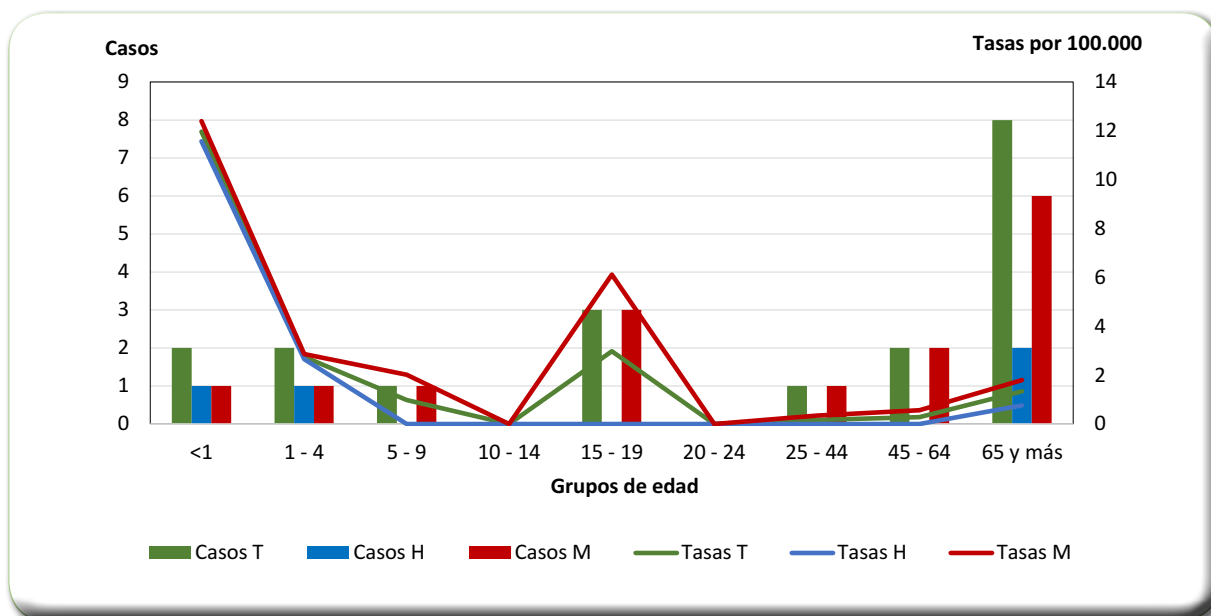
El mayor porcentaje de casos se observó en personas con 65 y más años (36,8%) y la mayor tasa en menores de 1 año (11,97 casos por 100.000). Hubo 2 casos en menores de 1 año y 4 entre 1 y 4 años. La tabla 1 presenta la distribución de los casos según el grupo de edad y el serogrupo.

Tabla 1. Casos y porcentaje de Enfermedad Meningocócica según grupo de edad y serogrupo. Castilla y León. Temporada 2017/2018.

Grupo de edad	B		C		W		Y		X		No grupado		Total	
	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas	Casos	Tasas
<1 año	1	5,98	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5,98	2	11,97
1 - 4 años	2	2,75	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	2,75
5 - 9	0	0	1	0,98	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,98
10 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 - 19	1	0,99	0	0	2	1,98	0	0	0	0	0	0	3	2,97
20 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 - 44	0	0	0	0	0	0	1	0,16	0	0	0	0	1	0,16
45 - 64	0	0	2	0,27	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0,27
65 y más	3	0,50	1	0,17	0	0	2	0,33	1	0,17	0	0	7	1,17
Total	7	0,29	4	0,16	2	0,08	3	0,12	1	0,04	1	0,04	18	0,74

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

Gráfico 1. Tasas y casos de Enfermedad Meningocócica según sexo y grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2017/2018.



3.2.1. Distribución espacial.

En esta temporada han notificado casos de EM todas las provincias excepto León. La provincia con mayor número de casos fue Burgos (5) y la de mayor tasa fue Ávila, 1,85 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.

Tabla 2. Casos, porcentaje y tasas de Enfermedad Meningocócica por provincia. Castilla y León. Temporada 2017/2018.

Provincia	Población *	Casos	%	Tasas Incidencia por 100.000 hab.
Ávila	161.757	3	15,8	1,85
Burgos	357.627	5	26,3	1,40
León	470.341	0	0,0	0,00
Palencia	163.014	2	10,5	1,23
Salamanca	336.102	1	5,3	0,30
Segovia	155.311	1	0,55	0,64
Soria	90.016	1	5,3	1,11
Valladolid	523.215	4	21,1	0,76
Zamora	178.566	1	5,3	0,56
Castilla y León	2.435.949	18	100,0	0,74

* Cifras de población a 1 de enero de 2017 (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.

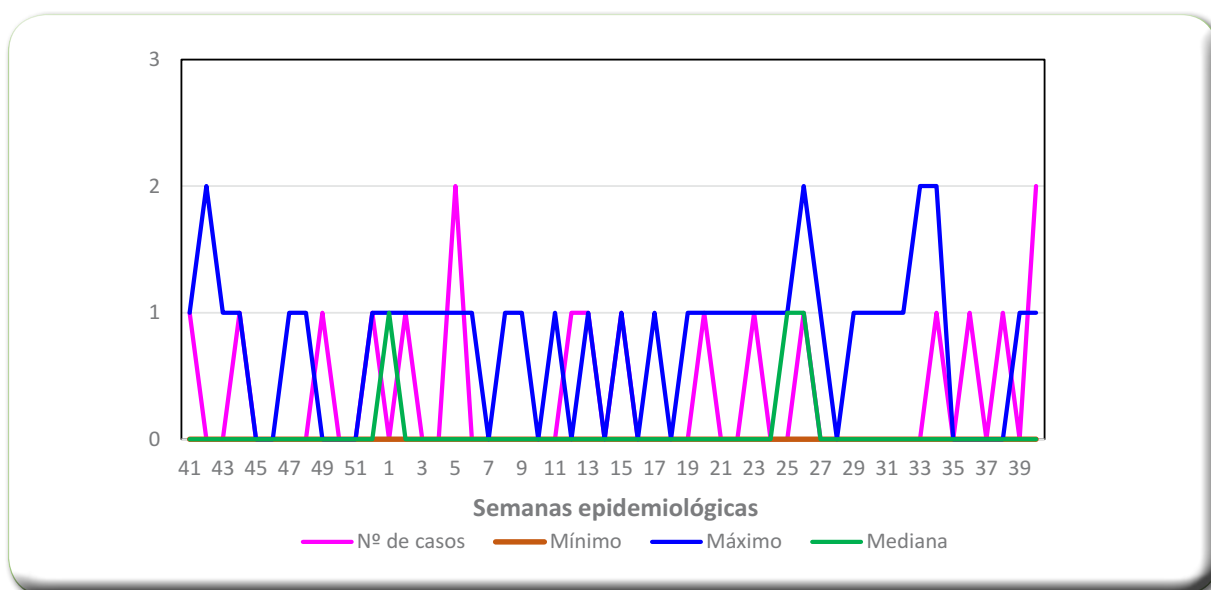


3.2.2. Distribución temporal.

Según la semana epidemiológica del inicio de síntomas se observa una distribución regular a lo largo de la temporada, pudiendo destacar una mayor notificación en los meses de invierno e

inicio de primavera con un aumento ligero de casos. 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 2017/2018.



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 7 casos. En la tabla 3 puede verse la

distribución de las formas clínicas y los 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 2017/2018.

Forma clínica/Serogrupo	B	C	W	Y	X	No agrupado	Total
Meningitis	2	2	0	1	1	0	6
Meningitis + Sepsis	1	1	0	0	0	1	3
Sepsis	4	1	1	1	0	0	7
Artritis séptica	0	0	0	1	0	0	1
Bacteriemia	0	0	1	0	0	0	1
Total	7	4	2	3	1	1	18

Todos los casos necesitaron ingreso hospitalario. La sintomatología más frecuente fue fiebre en 16 casos, náuseas o vó-

mitos en 9 casos y petequias en 7 casos. Además 7 casos presentaron shock.

Tabla 4. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica según forma clínica y grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2017/2018.

Genosubtipo/ Serogrupo	Meningitis		Meningitis + Sepsis		Sepsis		Otras formas clínicas		Total
	Casos	%	Casos	%	Casos	%	Casos	%	
<1 año	1	16,67	1	33,33	0	0	0	0	2
1 - 4 años	0	0	0	0	2	28,57	0	0	2
5 - 9	1	16,67	0	0	0	0	0	0	1
10 - 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 - 19	0	0	1	33,33	1	14,29	1	50	3
20 - 24	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25 - 44	0	0	0	0	1	14,29	0	0	1
45 - 64	1	16,67	0	0	1	14,29	0	0	2
65 y más	3	50	1	33,33	2	28,57	1	50	7
Total	6	100	3	100	7	100	2	100	18

De los 18 casos notificados esta temporada 1 falleció. El fallecido era mayor de 75 años y se aisló serogrupo B. La **letalidad**

en esta temporada fue de **5,5%** y la **tasa de mortalidad** de **0,04** casos por 100.000 habitantes.

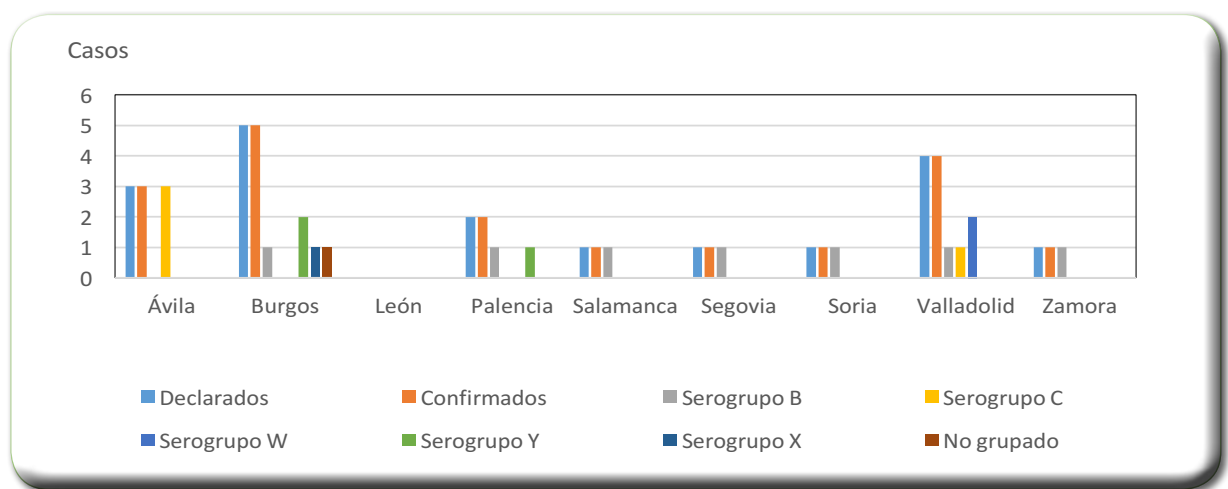
3.3.2. Diagnóstico de laboratorio.

Se han confirmado por laboratorio 17 casos (94,4%) y la tasa de casos confirmados fue de 0,70 casos por 100.000 habitantes. Se determinaron 7 casos por serogrupo B (tasa de 0,29 casos por 100.000) y 4 por serogrupo C (tasa de 0,16 casos por 100.000). Además se confirmaron 2

casos por serogrupo W, 3 por Y y 1 caso por serogrupo X.

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 2017/2018.



El genosubtipo se determinó, en el Centro Nacional de Microbiología, en todos los casos con serogrupo identificado, excepto en uno de los casos por serogrupo Y que no se envió muestra. En la tabla 5 se presenta la distribución de genosubtipos

según serogrupo. Los dos casos por serogrupo W comparten genosubtipo con un caso por serogrupo C. También comparten genosubtipo un caso por serogrupo B con uno por serogrupo C.

Tabla 5. Distribución de los genosubtipos en los casos de Enfermedad Meningocócica con serogrupo conocido. Castilla y León. Temporada 2017/2018.

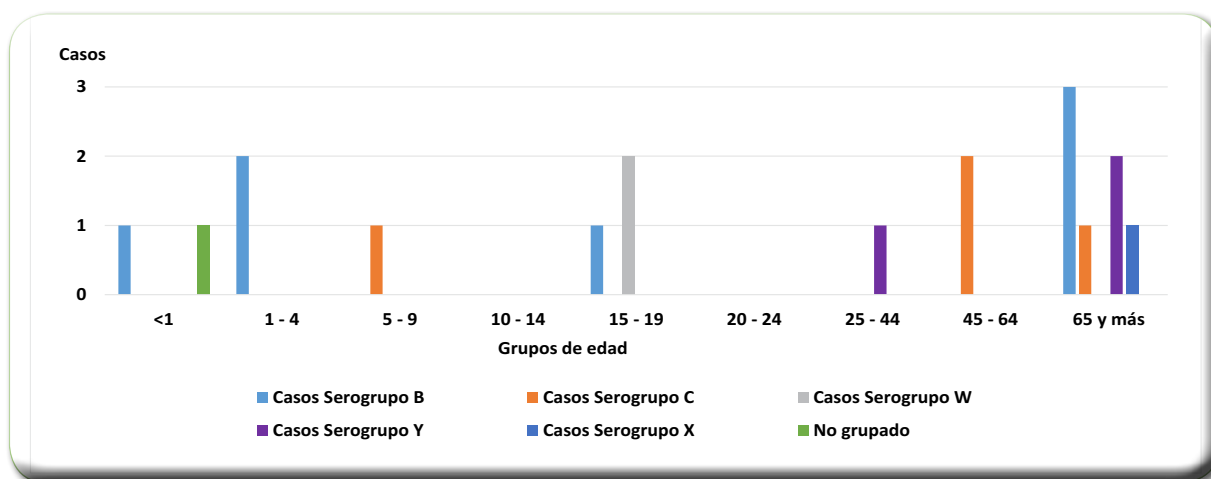
Genosubtipo (por A)	B	C	W	Y	X	Total
5,2			2			2
22,9	1					1
19,15-1					1	1
18-28,34	1					1
5-1,10-1				1		1
22,14	1					1
5-1,10-4				1		1
5-1,10-8		3				3
12-8,16-1	1					1
22-1,14	1					1
19,15	1	1				2
5-1,2-2	1					1

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 el grupo de edad de 65 y más años y dentro de él, el serogrupo B ha sido el más frecuente.

Gráfico 4. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica por serogrupo y grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2017/2018.



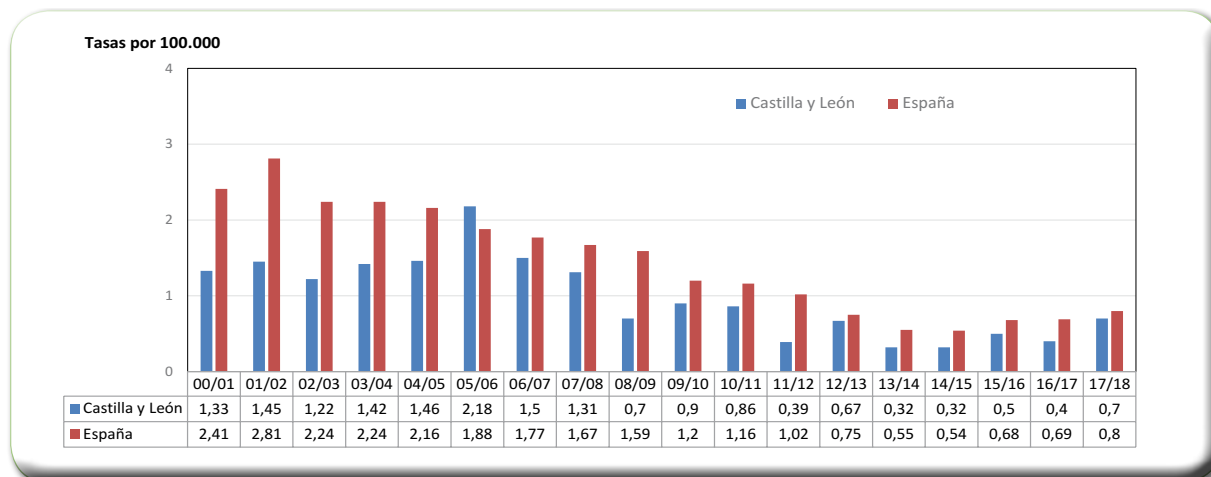
4. COMPARACIÓN CON TEMPORADAS ANTERIORES

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 cuatro 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 en Castilla y León y España desde la T00/01.

Gráfico 5. Evolución de la incidencia de Enfermedad Meningocócica en España y Castilla y León. Temporadas 2000-2001 a 2017/2018.

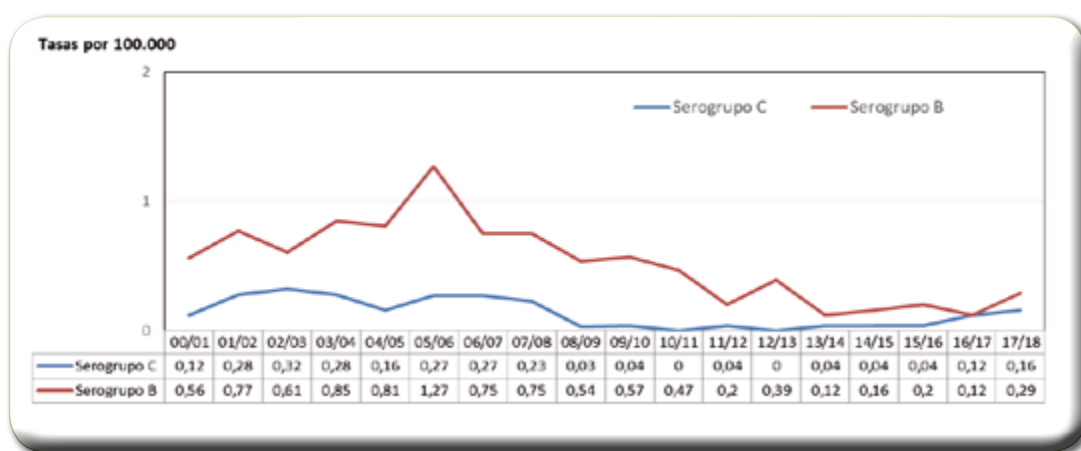


4.2. Distribución por serogrupos.

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 0,29 casos por 100.000 habitantes, que aumenta con respecto a las temporadas anteriores.

La tasa de incidencia por serogrupo C, 0,16 casos por 100.000 habitantes, es mayor que la temporada 2016-2017 y continúa la tendencia ascendente iniciada la temporada pasada, después de observar las tasas más bajas en las temporadas anteriores.

Gráfico 6. Tasa de incidencia de Enfermedad Meningocócica por serogrupos B y C. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2017/2018.

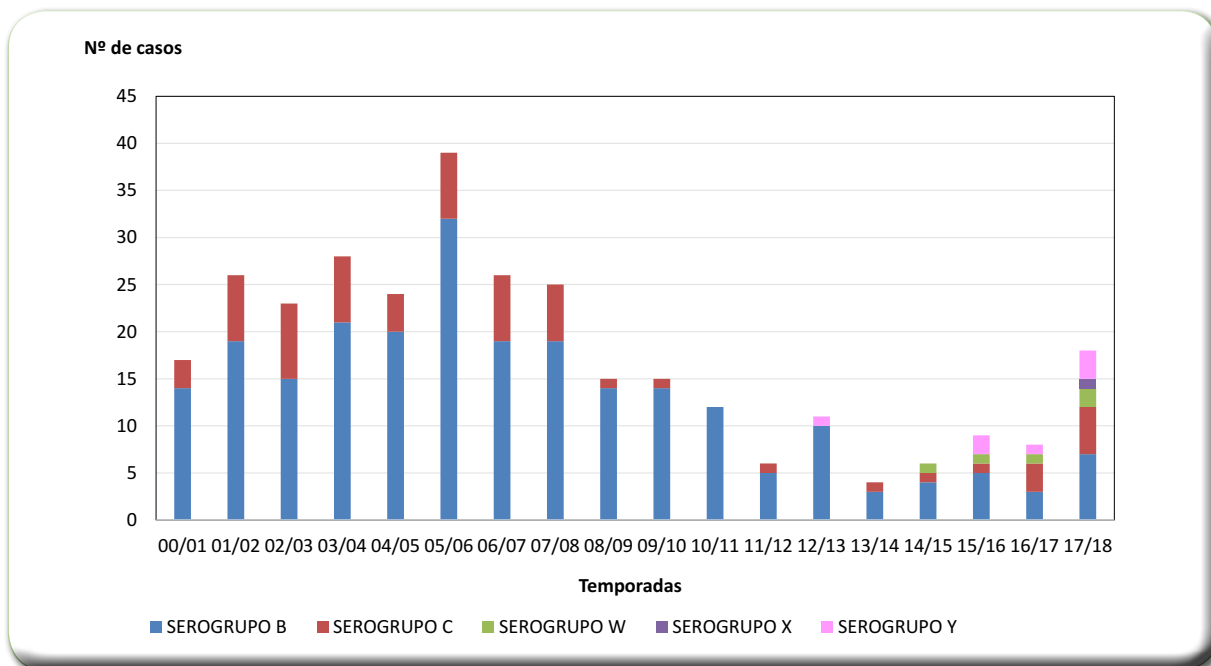


A nivel nacional, el 41% de los casos confirmados fueron por serogrupo B, con una tasa de 0,30 casos por 100.000 habitantes. El 11,6% fueron casos por serogrupo C y la tasa fue de 0,09 y el 10,7% casos por serogrupo Y con una tasa del 0,08.

En el gráfico 7 se presenta la evolución de los casos declarados 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. Estos serogrupos han aumentado en incidencia sobre todo en tres últimas temporadas. En la temporada 2017/2018 se ha notificado por primera vez un caso por serogrupo X.

Gráfico 7. Evolución de los casos de Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporadas 2000-2001 a 2017/2018.



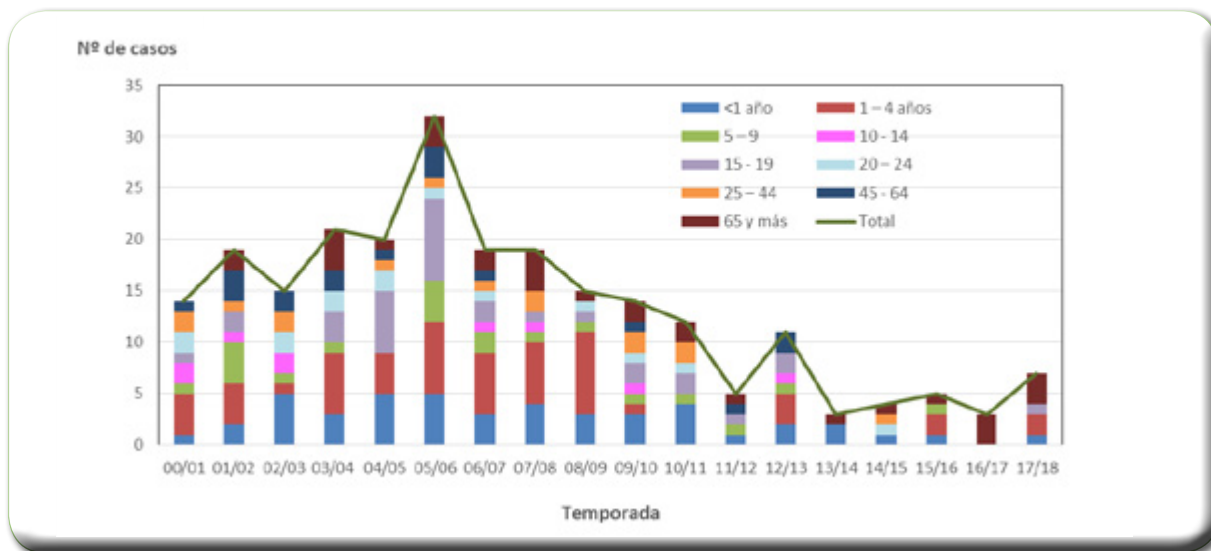
La media de casos de EM notificados en las seis últimas temporadas (T12/13 a T17/18) fue de 12,33 casos (rango entre 19 y 8 casos). La media de casos por serogrupo B en el mismo periodo fue de 5,33 (rango entre 10 y 3 casos) y por serogrupo C 1,83 casos (rango entre 5 y 0 casos).

El primer caso por serogrupo Y se determinó en la temporada T12/13 y hasta la temporada T17/18 se han notificado en total 7 casos. Los casos por serogrupo Y han ocurrido principalmente en personas mayores de 70 años (5 casos).

El serogrupo W se determinó por primera vez en la temporada T14/15 y hasta la T17/18 se han notificado 4 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 2017/2018 la incidencia de casos por serogrupo B ha aumentado.

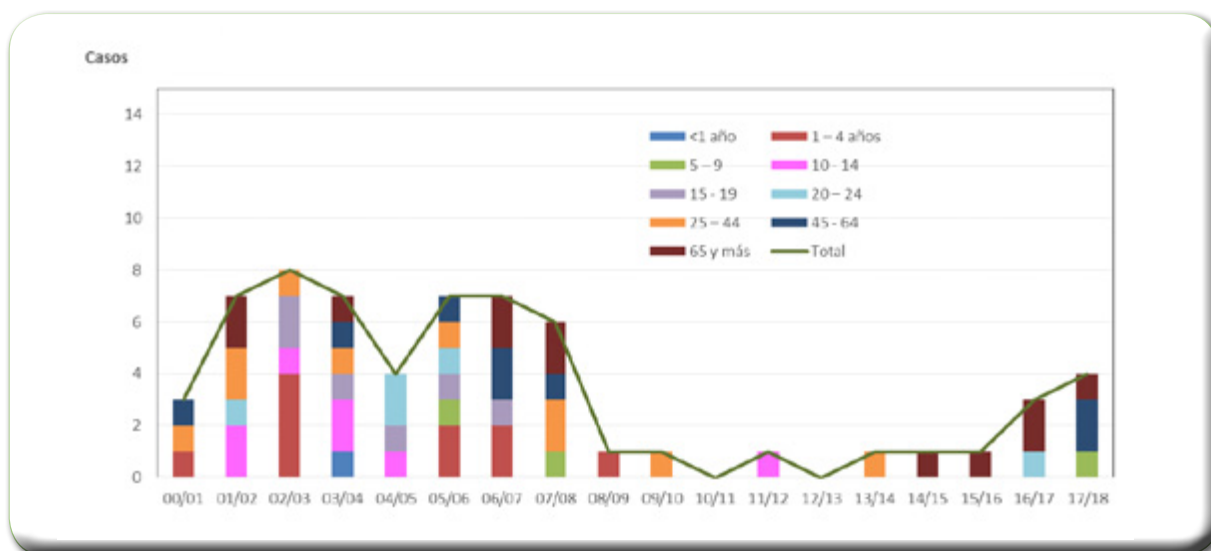
Gráfico 8. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica por serogrupo B según grupo de edad. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2017/2018.



En el gráfico 9 se presenta la distribución del serogrupo C por grupos de edad desde la T00/01. En la T17/18 se han notificado 4 casos por serogrupo C, 3 de ellos

en mayores de 45 años. Los casos han aumentado en las dos últimas temporadas y han ocurrido predominantemente en mayores de 45 años.

Gráfico 9. Distribución de los casos de Enfermedad Meningocócica por serogrupo C según grupo de edad. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2017/2018.

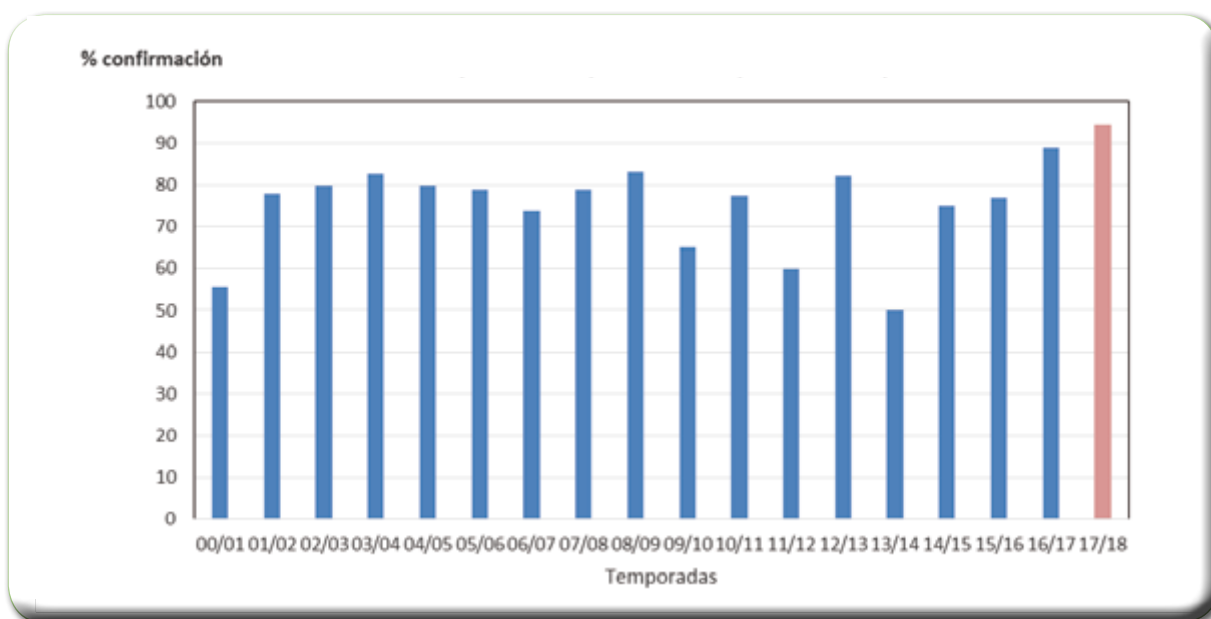


4.3. Diagnóstico de laboratorio.

Se confirmaron casi el 94,4% de los casos, el porcentaje más alto desde la temporada 2000-2001. La confirmación de todos los casos no siempre es posible;

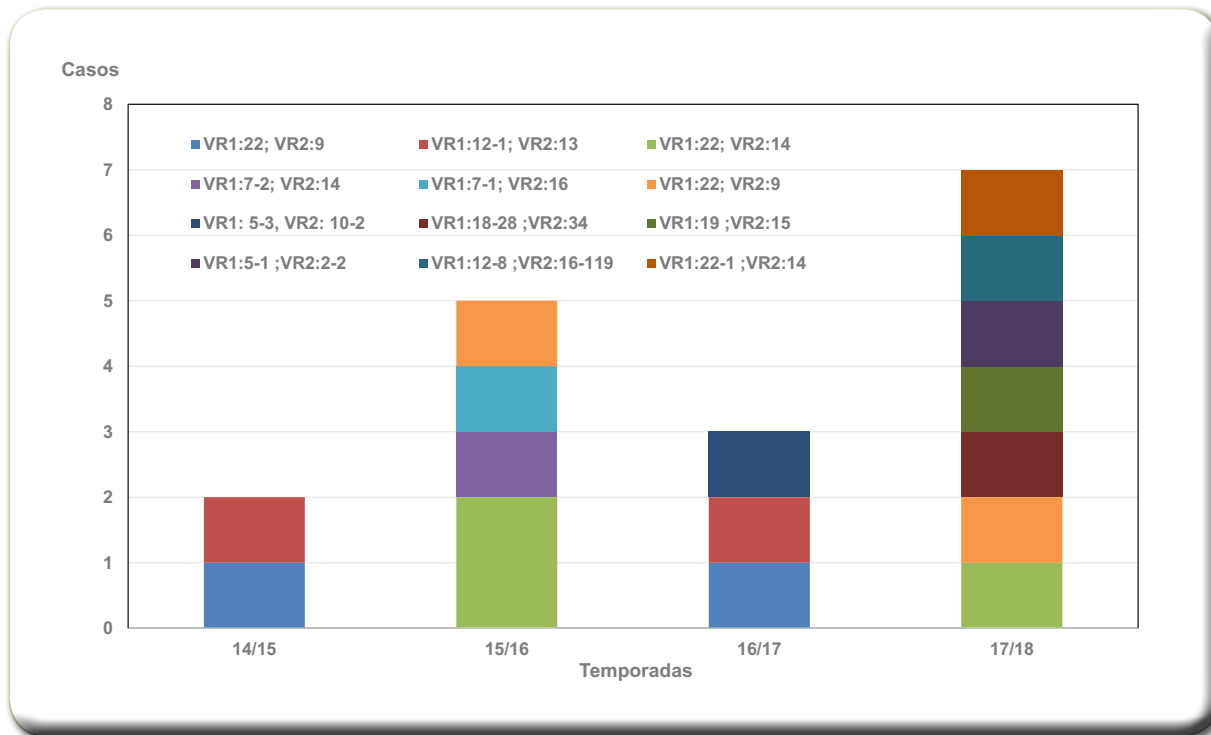
las características clínicas o el tratamiento antibiótico previo pueden dificultarla. En el gráfico 10 se presenta el porcentaje de casos confirmados desde la temporada 2000/2001.

Gráfico 10. Confirmación de la Enfermedad Meningocócica. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2017/2018.



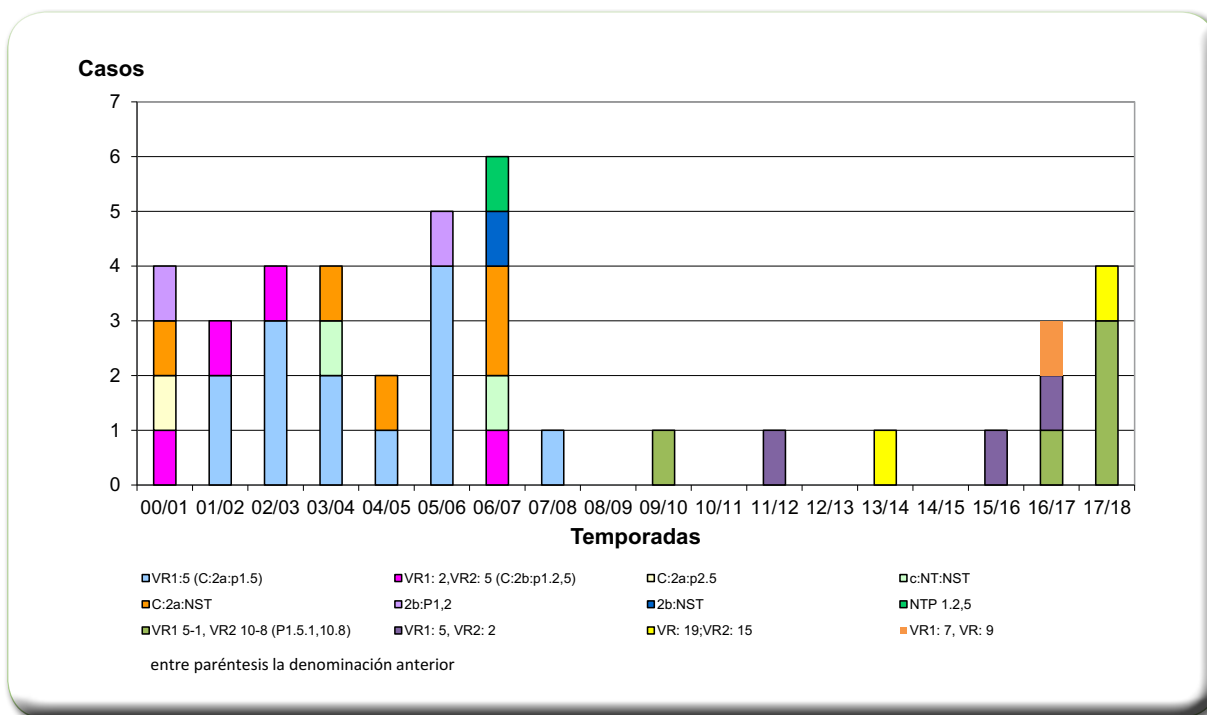
En el gráfico 11 se presentan los genosubtipados de los casos por serogrupo B en las cuatro últimas temporadas.

Gráfico 11. Distribución de las cepas de Enfermedad Meningocócica por serogrupo B por temporadas. Castilla y León. Temporadas 2014/2015 a 2017/2018.



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 2017/2018.



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.

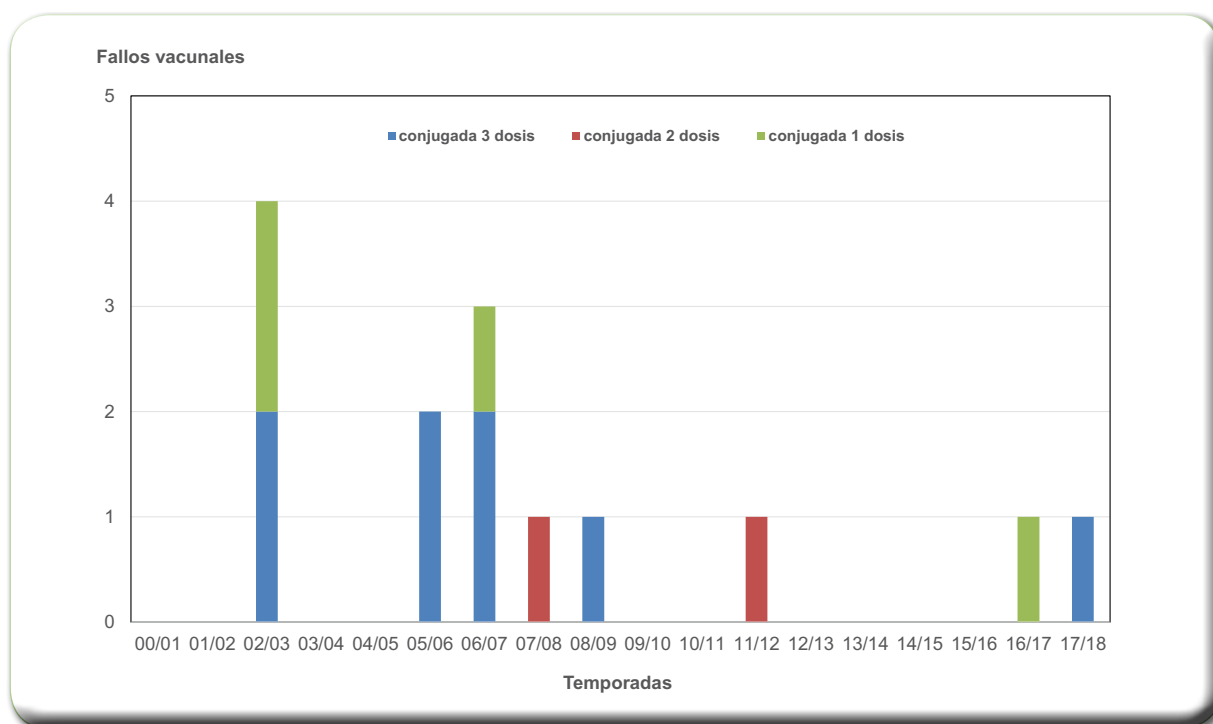
4.4. Fallos vacunales.

En la T17/18, se ha notificado un fallo vacunal por serogrupo C en una niña de 7 años que había recibido vacunación completa (3 dosis). La última dosis de la vacuna se había administrado hacía más de 6 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 T17/18.

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 2017/2018.

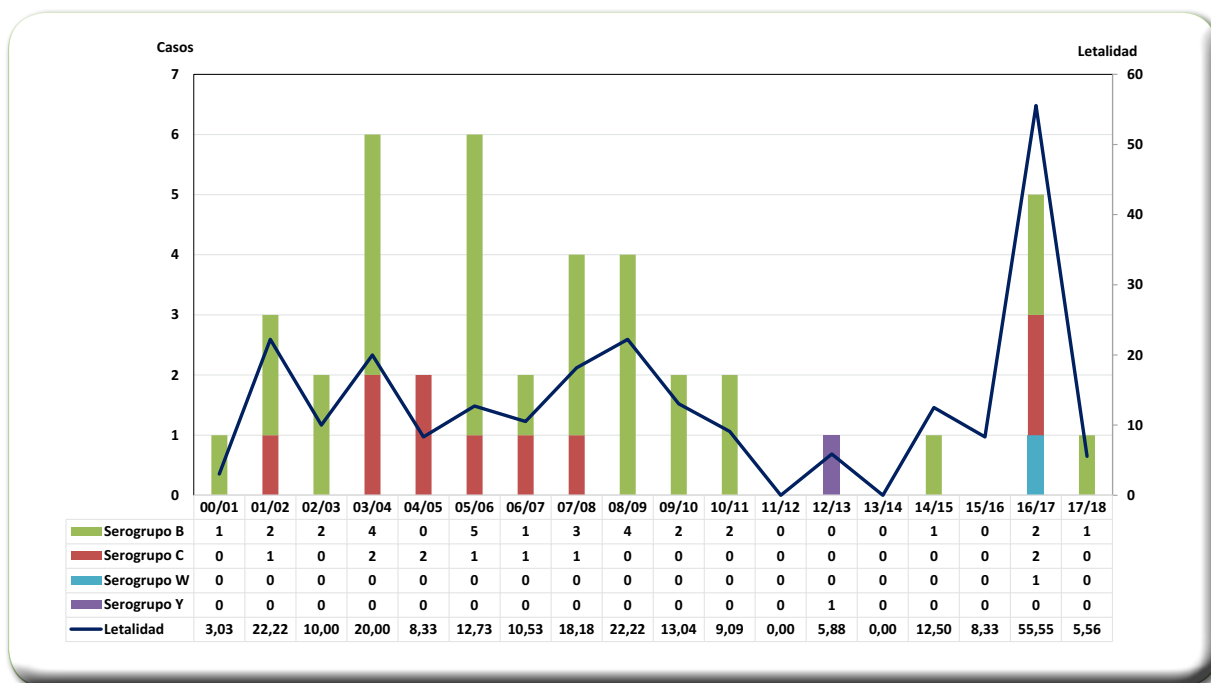


4.5. Evolución clínica.

En la T17/18 ha fallecido 1 persona, por serogrupo B, que supone el 5,5% de los casos. En el gráfico 14 se presenta la evolución de la letalidad y la distribución

de los fallecidos por serogrupo desde la T00/01. El fallecido de esta temporada era mayor de 75 años.

Gráfico 14. Fallecimientos y letalidad por Enfermedad Meningocócica según serogrupos. Castilla y León. Temporadas 2000/2001 a 2017/2018.



5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

En la temporada 2017/2018 se han notificado **18 casos**, la incidencia de la EM ha aumentado de forma importante respecto a la temporada anterior (**de 0,40 a 0,74**). En relación a la tasa española la tasa de casos confirmados en Castilla y León es ligeramente inferior a la española (**0,70 frente 0,74**).

La enfermedad ha sido más frecuente en mayores de 65 años (7 casos) y la tasa de

incidencia más alta se ha observado en los menores de 1 año (11,97 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 grandes variaciones.

Los serogrupos más frecuentes han sido el B con 7 casos y el C con 4. El serogrupo B vuelve a presentar una tasa superior a la del C, a diferencia de la temporada an-

terior en la que eran iguales. Aunque esta diferencia a favor del B no es tan marcada como en temporadas previas.

Los serogrupos W e Y han aumentado respecto a temporadas anteriores y se ha notificado el primer caso por serogrupo X.

La tasa por grupos de edad varía dependiendo del serogrupo:

- Serogrupo B - 5,98 casos por 100.000 en menores de 1 años (1 caso).
- Serogrupo C - 0,98 casos por 100.000 entre 5 y 9 años (1 caso).
- Serogrupo W - 1,98 casos por 100.000 entre 15 y 19 años (2 casos).
- Serogrupo Y - 0,33 casos por 100.000 en 65 y más años (2 casos).

El porcentaje de confirmación de casos vuelve a ser el más alto de las últimas

temporadas. Sin embargo, hay que 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.

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.

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.

