

Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2024

Invasive meningococcal disease in Spain, 2024

Alexandra Martín-Sánchez¹  0000-0003-1616-2947

Javier del Águila Mejía²  0000-0001-5697-5980

Marina Acosta-Gutiérrez³  0009-0005-9950-5483

Marta Soler-Soneira^{4,5,6}  0000-0002-1710-2455

Rosa Cano-Portero^{2,5}  0009-0000-7132-6348

Josefa Masa-Calles^{2,5}  0000-0002-2725-417X

¹Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

²Centro Nacional de Epidemiología (CNE), Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

³Hospital Universitario La Princesa.

⁴Área Programas de Vacunación. Subdirección General de Promoción, Prevención y Equidad en Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad.

⁵Ciber de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). Instituto de Salud Carlos III (ISCIII).

⁶Fellow of the European Programme for Intervention Epidemiology Training (EPIET). European Center for Disease Prevention and Control (ECDC) Stockholm.

Correspondencia

Josefa Masa Calles
jmasa@isciii.es

Contribuciones de autoría

Todos los autores han leído y están de acuerdo con la publicación de la última versión.

Agradecimientos

A las personas que trabajan en los distintos niveles de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica mejorando día a día la notificación de los casos.

Financiación

Este trabajo no ha recibido financiación externa.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener conflicto de intereses

Cita sugerida

Martín-Sánchez A, del Águila Mejía J, Acosta-Gutiérrez M, Soler-Soneira M, Cano-Portero R, Masa-Calles J. Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2024. *Boletín Epidemiológico Semanal*. 2025;33(3):135-152. doi: 10.4321/s2173-92772025000300003

Resumen

Introducción: La enfermedad meningocócica invasiva (EMI) es una enfermedad infecciosa grave de declaración obligatoria. El objetivo es describir la epidemiología de la EMI en España en el año 2024 y compararla con años anteriores.

Método: Análisis epidemiológico descriptivo de los casos de EMI notificados a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) en 2024. Las variables analizadas fueron: sexo, grupo de edad, fecha de inicio de síntomas, comunidad o ciudad autónoma que notifica, defunción, presentación clínica y serogrupo.

Resultados: En 2024 se notificaron 336 casos de EMI (53,0% mujeres) con una incidencia acumulada (IAC) de 0,68 por 100.000. Las incidencias más altas se observaron en los menores de un año de edad. La aparición de los casos ocurrió según el patrón estacional típico de esta enfermedad, con un mayor número de casos en otoño e invierno. La presentación clínica más frecuente fue la sepsis, notificada en el 36,7% de los casos. La tasa de letalidad fue de 9,23%, inferior a la observada en 2023 (13,2%). Se desconoce el serogrupo del 5,1% de los casos notificados de EMI. De los casos en los que se registró esta información, el 59,2% correspondió al serogrupo B.

Discusión: En 2024 se ha registrado un aumento de la IAC de EMI respecto a los años 2020-2023, alcanzando ya los niveles previos a la pandemia por Covid-19. La mejora de la notificación de los datos de caracterización microbiológica y de la vacunación es crucial para la vigilancia de esta enfermedad y para la evaluación del programa de vacunación.

Palabras clave: Enfermedad Meningocócica Invasiva; *Neisseria meningitidis*; España; Análisis epidemiológico; 2024; Serogrupo

Summary

Introduction: The invasive meningococcal disease (IMD) is a serious infectious disease under mandatory surveillance in Spain. The objective is to describe the epidemiology of IMD in Spain during 2024 and to compare it to previous years.

Methods: A descriptive epidemiological analysis was conducted on IMD cases reported to the National Epidemiological Surveillance Network (RENAVE) in 2024. Variables analysed included sex, age group, symptom onset date, reporting autonomous community or city, death, clinical manifestation, and serogroup.

Results: In 2024, 336 cases of IMD were reported (53.0% female) with a cumulative incidence rate (AIR) of 0.68. The highest incidence rate in 2024 were observed in children under 1 year of age. The presentation of cases followed the typical seasonal pattern of this disease, with a higher number in autumn and winter. The most frequent clinical manifestation was sepsis accounting the 36.7% of the reported cases. The case fatality rate (9.23%) was lower than the observed in 2023. The serotype of 5.1% of the reported cases of IMD was unknown. Of the cases in which this information was recorded, 59.2% corresponded to serogroup B.

Discussion: an increasing of incidence rate of IMD occurred in 2024 compared to the previous period (2020-2023), reaching the pre-COVID-19 pandemic levels.

Improved reporting of microbiological characterization and vaccination data is crucial for conducting IMD surveillance and for the evaluation of the vaccination program.

Keywords: Invasive Meningococcal Disease; *Neisseria meningitidis*; Spain; Epidemiological analysis; 2024.

Abreviaturas

EMI: Enfermedad meningocócica invasiva

IMD: Invasive meningococcal disease

AIR: Incidence rate

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SiViEs: Sistema para la Vigilancia en España

INE: Instituto Nacional de Estadística

CCAA: Comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla

IAC: Incidencia acumulada (número de casos por 100.000 habitantes en un periodo de tiempo determinado)

TESSy: The European Surveillance System

ECDC: Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades (European Centre for Disease Prevention and Control)

ENI: Enfermedad neumocócica invasiva

EIH: Enfermedad invasiva por *Haemophilus Influenzae*

MenB: *Neisseria meningitidis* o meningococo serogrupo B

MenC: *Neisseria meningitidis* o meningococo serogrupo C

MenACWY: Vacuna meningocócica conjugada tetravalente frente a serogrupos A, C, W e Y

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica invasora (EMI) es una infección grave causada por *Neisseria meningitidis* (*N. meningitidis*). Se han descrito 12 serogrupos en función de la estructura capsular bacteriana aunque los serogrupos A, B, C, W, X e Y son responsables de la mayoría de los casos de EMI⁽¹⁾.

La bacteria se transmite de forma directa a través de las secreciones de las vías respiratorias, tras el contacto estrecho y prolongado con personas infectadas. Puede dar lugar a distintas manifestaciones clínicas, entre las que destacan por su gravedad la sepsis, la meningitis, e incluso el fallecimiento. La letalidad es elevada (entre 8 y 15%), con un alto porcentaje de secuelas hasta en el 20% de los supervivientes de la enfermedad.

El estado de portador puede prolongarse durante semanas o meses y puede constituir un factor de riesgo para el desarrollo de EMI, o bien actuar como factor protector, si transcurridos de 7 a 10 días desde la colonización nasofaríngea, no se produce la enfermedad. El periodo de incubación promedio es de 3-4 días (2-10 días)⁽²⁾.

El diagnóstico se determina mediante el aislamiento bacteriológico y/o la detección del antígeno o ADN de *N. meningitidis* en un líquido corporal habitualmente estéril.

En España, el programa de vacunación sistemática frente a *N. meningitidis* serogrupo C (MenC) se introdujo en el calendario de vacunación infantil en el año 2000. Desde 2014, se utiliza una pauta con tres dosis a los 4 meses, 12 meses y 12 años de edad. En 2019, se sustituyó la vacuna MenC por la vacuna tetravalente MenACWY en la dosis de los 12 años y se recomendó la vacunación de rescate a los adolescentes hasta los 18 años⁽³⁾. La vacuna frente a serogrupo B está disponible en España desde 2013 y en 2022 se incluyó en el calendario de vacunación sistemática para la población infantil a los 2, 4 y 12 meses de edad⁽⁴⁾. Además, se recomienda la vacunación en personas con ciertas condiciones de riesgo siguiendo el calendario vacunal específico de grupos de riesgo^(5,6).

La vigilancia de casos y la investigación de los cambios en la frecuencia de aparición de los distintos serogrupos tienen implicaciones en las estrategias de vacunación y control de brotes⁽⁷⁾. El objetivo final de la vigilancia de las enfermedades transmisibles es reducir su incidencia en la comunidad. La Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) tiene entre sus funciones la recogida sistemática de la información epidemiológica, su análisis e interpretación y la difusión de los resultados. Este informe muestra la información de la EMI relativa al año 2024.

MÉTODOS

Se realiza la descripción epidemiológica de la EMI en España (estudio transversal descriptivo) durante el año 2024 y su comparación con los años anteriores (desde el año 1996 para ver la evolución y desde el año 2013 para una comparación más detallada).

La información se obtuvo de los casos notificados a la RENAVE desde las diferentes comunidades autónomas y las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (CCAA) a través de la plataforma SiViEs (Sistema para la Vigilancia en España) a fecha de 26 de abril de 2025.

Los casos declarados siguen las definiciones de caso y los criterios para su clasificación recogidos en el Protocolo de la RENAVE⁽²⁾. Para caracterizar mejor la epidemiología de la EMI en España, en este estudio solo se analizan los casos que son confirmados por laboratorio -y por tanto que tienen confirmación etiológica (producidos por *Neisseria meningitidis*)- y los casos que son *no importados* (excluyendo así los casos que se han contagiado en un país diferente al nuestro).

Los datos de población utilizados como denominadores provienen del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se han utilizado para el cálculo de las tasas de incidencia acumulada (IaC) por 100.000 habitantes tanto a nivel nacional como por CCAA y para el detalle de edad y sexo. Para la población de 2024 se utilizó la población estimada con fecha de referencia a 1 de enero del 2025 según la operación Estadística Continua de Población publicada por el INE. Para las poblaciones anteriores a 2024, se utilizaron las poblaciones consolidadas a 1 de enero del año siguiente.

Las variables analizadas fueron: edad, sexo (mujer/hombre), país de nacimiento, CA que notifica el caso, fecha de inicio de síntomas, presentación clínica, información microbiológica del agente patógeno (serogrupo), vacunación (si/no) y defunción (si/no). Se evaluó la calidad de estas variables con el porcentaje de cumplimentación en la ficha epidemiológica de caso.

La variable edad se ha categorizado en los siguientes grupos: menores de 1 año, 1-4 años, 5-9 años, 10-14 años, 15-19 años, 20-24 años, 25-44 años, 45-64 años y 65 años o más.

La variable presentación clínica, se recodificó en las 5 categorías que propone el Sistema de Vigilancia Europeo⁽⁸⁾ (The European Surveillance System-TESSy) como diagnóstico principal (meningitis, sepsis, meningitis y sepsis, neumonía bacteriémica y otra).

La información utilizada para el estudio no permite identificar a los pacientes, por lo que no se ha solicitado la revisión por ningún comité de ética al no verse comprometida la confidencialidad de los casos y garantizarse siempre su anonimato⁽⁹⁾.

RESULTADOS

Calidad de los datos y limitaciones

La calidad de la información notificada en 2024 fue similar a la del año anterior. La cumplimentación de las variables básicas (sexo y edad) alcanzó el 100%. El país de nacimiento se notificó en la mitad de los registros (52,0%). Las variables presentación clínica, defunción y serogrupo registraron un grado de cumplimentación elevado. En lo que respecta a la vacunación, la información notificada fue superior a la declarada en 2023 (**Tabla 1**).

Tabla 1. Calidad de la información notificada en los casos de enfermedad meningocócica invasiva (EMI) 2024 y 2023

Variable	Grado de cumplimentación (%)	
	2023	2024
Año		
Edad	100	100
Sexo	100	100
País de nacimiento	-	52,0
Presentación clínica	92,1	94,0
Defunción	100	99,7
Serogrupo	87,2	94,9
Vacunación	20,4	86,8

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica.

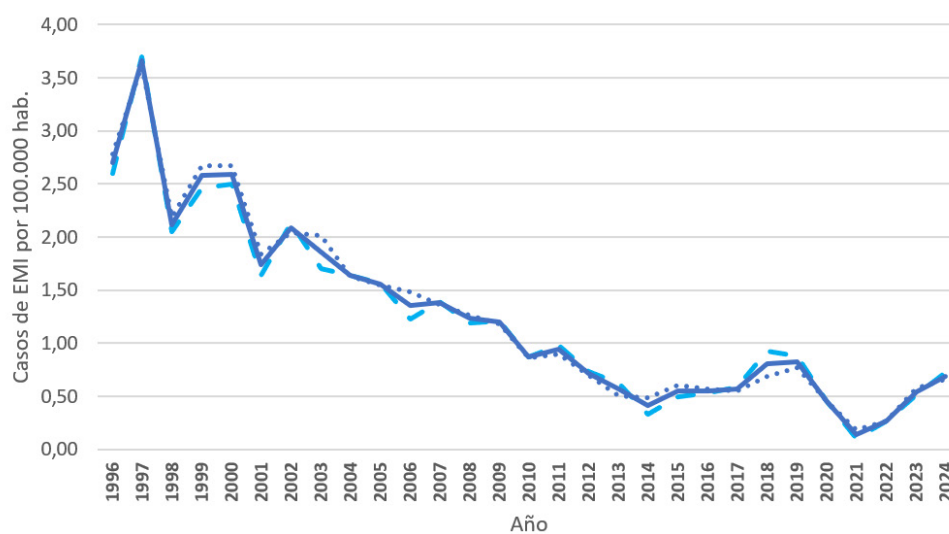
Situación epidemiológica

Distribución temporal y geográfica

En el año 2024 se notificaron un total de 348 casos de EMI: 4 casos fueron importados, 5 sospechosos y 3 probables, según criterios RENAVE. Hubo, por tanto, 336 casos de EMI confirmados y no importados a lo largo del año 2024, lo que supone una IAc de 0,68 por 100.000 habitantes. Del total de casos, 178 fueron mujeres (53,0% de los casos notificados, IAc: 0,72 por 100.000) y 158 hombres (47,0%, IAc:0,66 por 100.000).

En el periodo 1996-2024, se notificaron un total de 15.832 casos de EMI, sin incluir los casos importados, ni los casos que no tuvieran confirmación diagnóstica.

Figura 1. Incidencia acumulada por sexo de Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI). España, 1996-2024



Fuente: Red Nacional Vigilancia Epidemiológica

Desde 1996 hasta 2014, la IAc de EMI presentó una clara tendencia decreciente. A partir del año 2015, se inició un ligero aumento en la incidencia, que conformó una onda emergente en 2018 y 2019. Durante los años 2020 y 2021, coincidiendo con la pandemia por COVID-19, se produjo un marcado descenso en la incidencia de EMI, que comenzó a recuperarse en 2022 y continuó creciendo en 2023. En 2024 se observa un incremento del 24,5% con respecto al año anterior, aproximándose de esta manera a las cifras de IAc registradas en 2018 y 2019, años previos a la pandemia por COVID-19 (**Figura 1**).

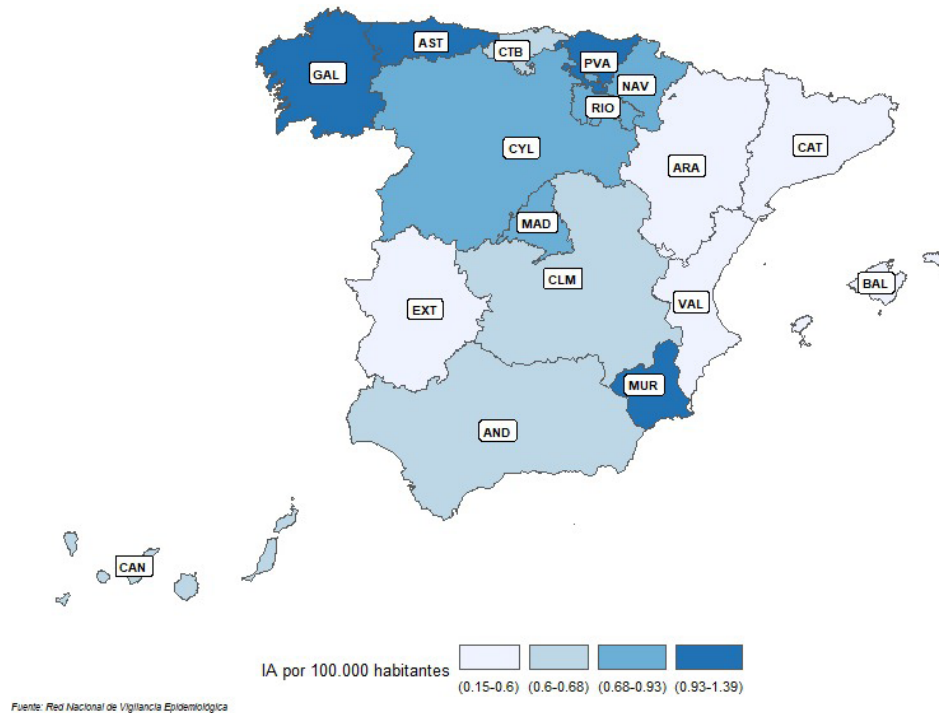
Esta tendencia se observó tanto en hombres como en mujeres.

Las CCAA con IAc más elevadas en el año 2024 fueron Asturias (1,38), País Vasco (1,25), Galicia (0,99), Murcia (0,95) y Castilla y León (0,79) (**Figura 2**).

Los únicos territorios que no notificaron casos durante 2024 fueron las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla. La mayoría de las CCAA notificaron más casos en 2024 que en 2023 (**Tabla 2**).

Figura 2. Enfermedad meningocócica invasiva (EMI). Incidencia acumulada por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Año 2024.

Incidencia Acumulada de EMI por CCAA
 Año 2024



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Tabla 2. Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI). Casos e Incidencia acumulada por 100.000 habitantes por Comunidad Autónoma. Años 2023 y 2024.

Año	2023		2024	
	Casos	IAc	Casos	IAc
ANDALUCÍA	46	0,53	59	0,68
ARAGÓN	8	0,59	2	0,15
ASTURIAS	5	0,50	14	1,38
BALEARES	8	0,65	7	0,56
CANARIAS	10	0,45	14	0,62
CATALUÑA	36	0,55	44	0,44
CASTILLA LA MANCHA	14	0,67	13	0,61
CANTABRIA	3	0,51	4	0,67
CASTILLA Y LEÓN	7	0,29	19	0,79
EXTREMADURA	-	-	4	0,38
GALICIA	25	0,92	27	0,99
MADRID	35	0,50	54	0,76
MURCIA	11	0,70	15	0,95
NAVARRA	4	0,59	5	0,73
PAÍS VASCO	20	0,90	28	1,25

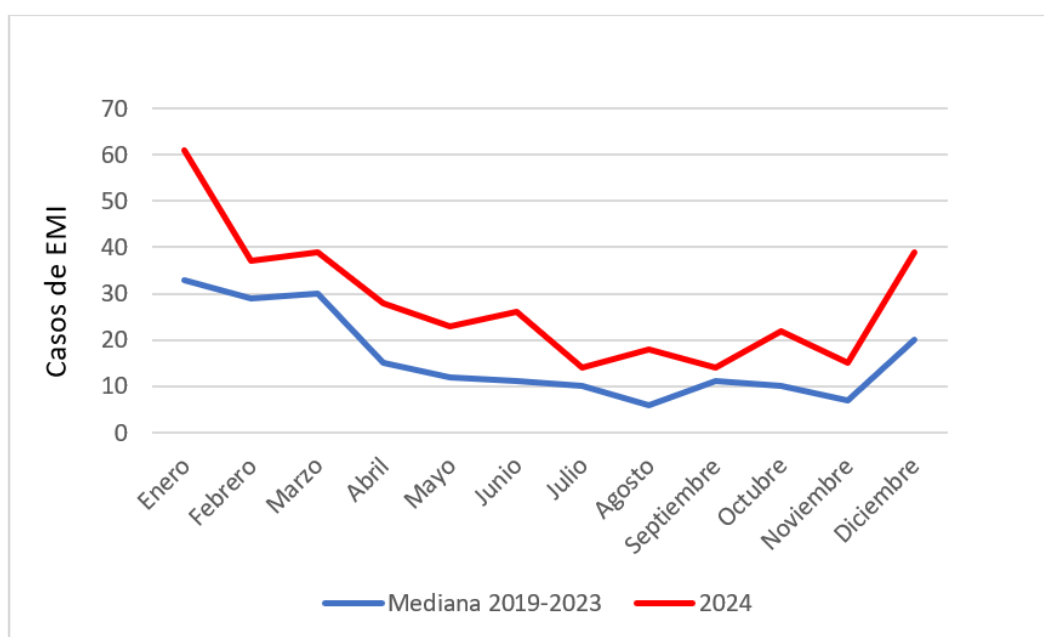
Año	2023		2024	
Autonomía que notifica el caso	Casos	IAc	Casos	IAc
LA RIOJA	2	0,62	3	0,92
C. VALENCIANA	22	0,41	32	0,59
CEUTA	-	-	-	-
MELILLA	1	1,16	-	-
TOTAL	265	0,55	336	0,68

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Estacionalidad de los casos

La EMI presenta típicamente un patrón estacional con un acúmulo notable de casos a principios (enero y febrero) y a finales del año (octubre-diciembre). Tras el periodo pandémico la EMI ha ido recuperando este patrón⁽¹⁰⁾ y en el año 2024 ya se había recuperado la estacionalidad. Para todos los meses del año el número de casos notificados en 2024 ha superado la mediana del quinquenio anterior 2019-2023 (**Figura 3**).

Figura 3. Casos de enfermedad meningocócica invasiva en función del mes de inicio de síntomas. Mediana del quinquenio 2019-2023 y año 2024.



Mediana: mediana de casos por mes de inicio de síntomas del quinquenio 2019-2023

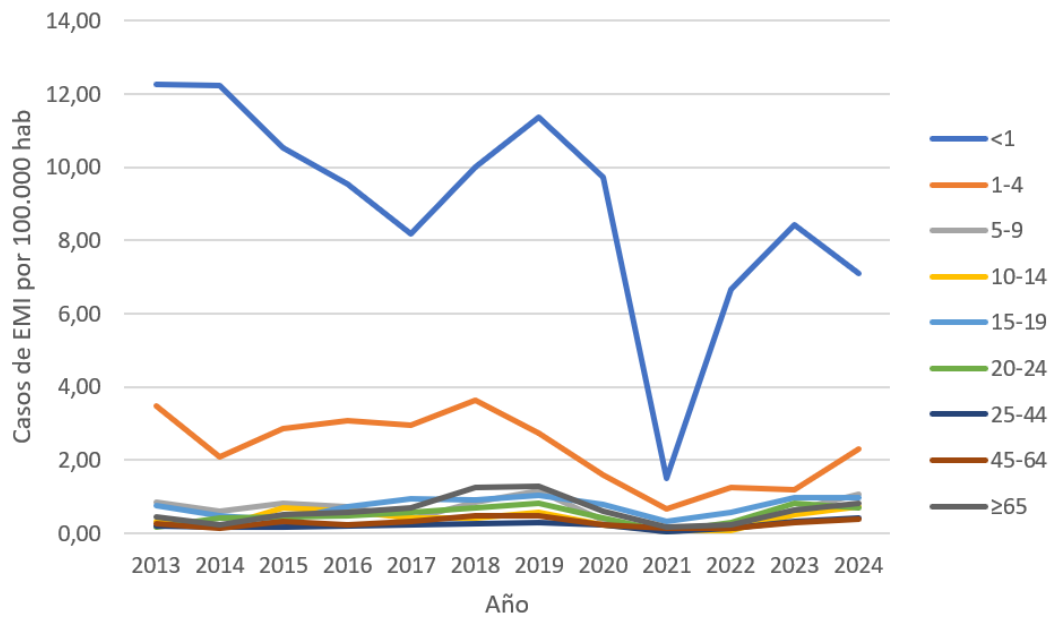
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Características de los casos

La **Figura 4** muestra la evolución de la IAc de la EMI por grupo de edad desde el año 2013. A lo largo de los años analizados, la IAc más alta se registró siempre en los menores de 1 año, seguidos del grupo de 1 a 4 años. En 2024, la IAc en menores de 1 año fue de 7,11 (15,7% inferior a 2023), mientras que en el grupo de 1 a 4 años fue de 2,30 (incremento del 91,7% con respecto a 2023). En el resto de grupos, se observó un ligero aumento de la IAc en 2024 en comparación con 2023.

Al comparar la IAc por grupo de edad con la obtenida en 2019, para el grupo de 1-4 años, en 2024 se han alcanzado las tasas registradas en los años previos a la pandemia por COVID-19; para el resto de grupos de edad, en 2024 la IA es similar o ligeramente inferior a las registradas en 2019 (ver Anexo 1).

Figura 4. Incidencia acumulada de enfermedad meningocócica invasiva según grupo de edad. Años 2014 a 2024.



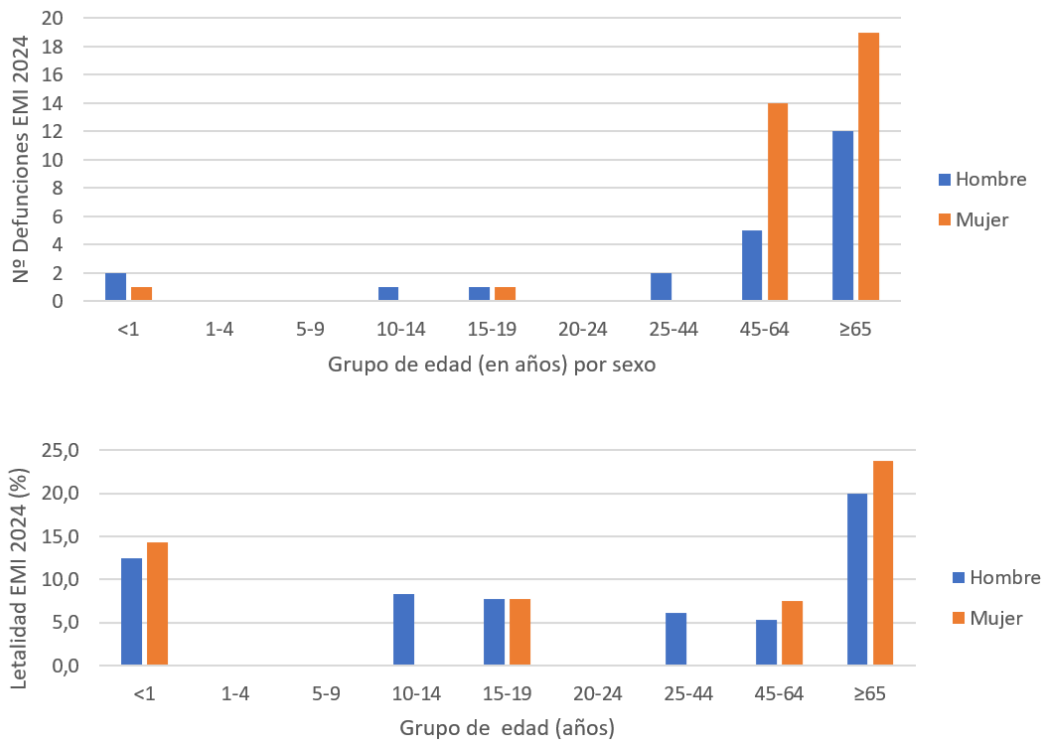
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

En 2024, de los 336 casos confirmados se notificaron un total de 31 defunciones por EMI. El grupo de edad de ≥ 65 años fue el grupo con más defunciones (19 defunciones, 61,3% del total de fallecidos), seguido del grupo de adultos entre 45 y 64 años (4 defunciones, 12,9%) y de los niños y niñas menores de 1 año (3 defunciones, 9,68% del total de fallecidos) (**Figura 5**).

En 2024 la letalidad para el total de los casos, entendida como el cociente entre el número de fallecimientos a causa de EMI y el número total de casos notificados, fue de 9,23% (31/336), con la letalidad más alta en el grupo de ≥ 65 años (22,6%). Las mujeres del grupo de 65 o más años fueron las que presentaron la letalidad más alta (14 fallecimientos en 59 casos, 23,7%), seguidas de los hombres en ese mismo grupo etario (20,0%). En los grupos de edad de 1 a 4 años, de 5 a 9 años y de 20 a 24 años no se notificó ningún fallecimiento (**Figura 5**).

En el año 2024, 17 defunciones fueron causadas por el serogrupo B (54,8% del total de defunciones), 7 por serogrupo W (22,6%), 1 por serogrupo C, 1 por el serogrupo Y y 5 por “*otros serogrupos*” o por serogrupos desconocidos o no tipables.

Figura 5. Número de casos, defunciones y letalidad (%) por Enfermedad Meningocócica Invasiva por grupo de edad y sexo notificadas a la RENAVE en 2024.



GRUPO EDAD	<1		1-4		5-9		10-14		15-19		20-24		25-44		45-64		≥65		TOTAL	
SEXO	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M	H	M
N.º DE CASOS	16	7	19	13	10	13	12	6	13	13	11	8	33	19	19	40	25	59	158	178
DEFUNCIONES	2	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	2	0	1	3	5	14	12	19

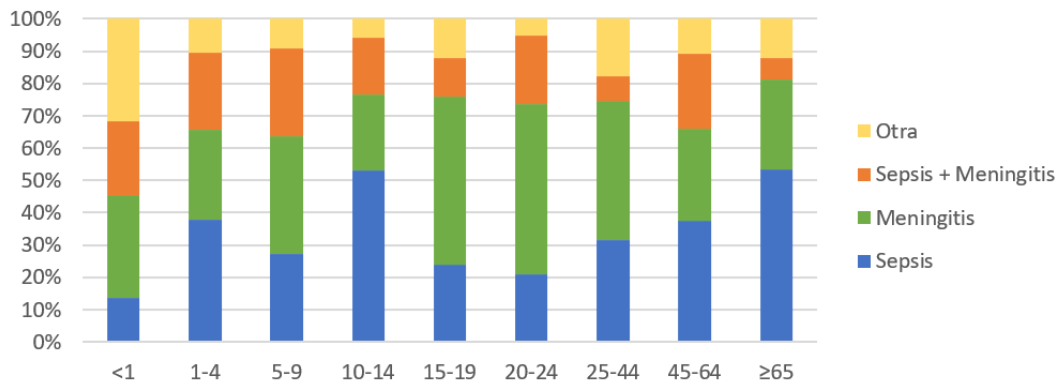
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Presentación clínica de los casos

En el año 2024, la forma clínica de presentación se informó en 316 casos (94,0% del total). Entre los casos con información en esta variable e independientemente del grupo de edad, la presentación clínica principal más frecuente fue la sepsis, notificada en el 36,7% (116/316) seguida de la meningitis, que se recoge en el 34,5% de los casos (109/316).

La sepsis fue la presentación clínica más común en los pacientes del grupo de 1 a 4 años (37,9%, 11 casos) de 10 a 14 años, de 45 a 64 y en los de 65 años o más (53,3%, 40 casos). En el resto de los grupos de edad (5-9, 15-19, 20-24 y 25-44), la presentación más frecuente fue la meningitis. La presentación conjunta de meningitis y sepsis se notificó en el 15,8% de los casos (50 casos) (**Figura 6**).

Figura 6. Presentación clínica principal en los casos de Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI) por grupo de edad, año 2024.



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

La **Tabla 3** compara el porcentaje de las manifestaciones clínicas principales en los últimos 6 años.

Tabla 3. Distribución de la presentación clínica principal de la Enfermedad Meningocócica Invasiva (EMI), España 2019-2024.

Presentación clínica principal	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Sepsis	47,6%	45,4%	46,2%	43,3%	33,6%	36,7%
Meningitis	26,0%	29,0%	35,4%	33,1%	38,5%	34,5%
Ambas	10,3%	11,6%	6,2%	15,8%	14,8%	15,8%
Otra	16,2%	14,0%	12,3%	7,9%	12,7%	13,0%
Total	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Información microbiológica del agente patógeno

En el año 2024, la variable correspondiente al serogrupo se notificó en un 94,9% de los casos (319/336).

Teniendo en cuenta los casos para los que se dispone de esta información, el 59,2% (189/319 casos) correspondió al serogrupo B. Se notificaron un 13,2% de casos causados por el serogrupo W (42/319), 7,52% por serogrupo Y (24/319) y 2,82% por serogrupo C (9/319). En un 14,1% (45/319) el agente se notificó como no tipable (NT).

La **Tabla 4** y la **Figura 7** muestran los casos notificados según serogrupo desde el año 2019 (año previo al inicio de la pandemia por COVID-19) hasta el año 2024.

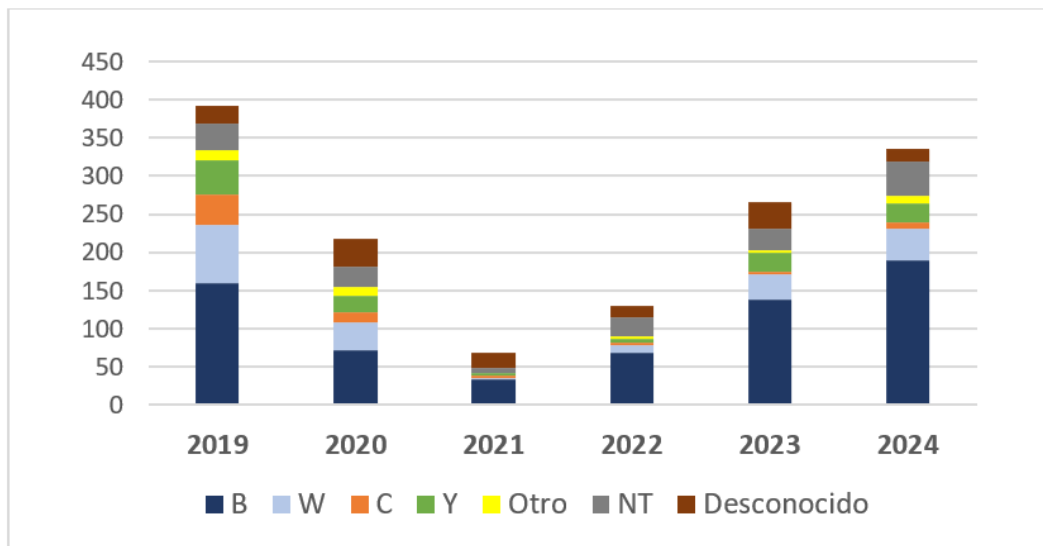
Tabla 4. Número de casos confirmados de Enfermedad Meningocócica Invasiva por serogrupo. Periodo 2019 a 2024.

Año	B	W	C	Y	Otro ^a	NT ^b	Desconocido	Total
2019	159	77	40	45	13	34	23	391
2020	72	37	13	21	11	27	36	217
2021	33	3	2	4	-	7	19	68
2022	68	11	3	5	3	25	14	129
2023	138	33	4	24	4	28	34	265
2024	189	42	9	24	10	45	17	336
Total	659	203	71	123	41	166	143	1406

a. Otro: pertenecientes a serotipos diferentes a B, C, W o Y.

b. No tipable: no se puede asignar ni agrupar en ningún serogrupo debido a limitaciones técnicas o a ausencia de detección antigénica.

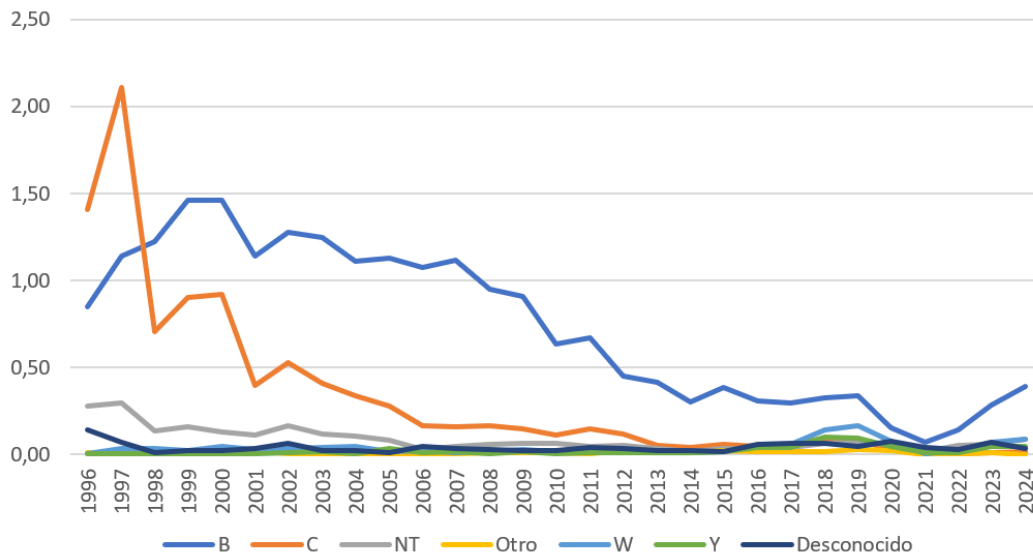
Figura 7. Número de casos confirmados de Enfermedad Meningocócica Invasiva por serogrupo, España 2019-2024.



Otro: pertenecientes a serotipos diferentes a B, C, W o Y.

NT: No tipable: no se puede asignar ni agrupar en ningún serogrupo debido a limitaciones técnicas o a ausencia de detección antigénica

Figura 8. Incidencia acumulada de Enfermedad Meningocócica Invasiva, según serogrupo España, 1996-2024.



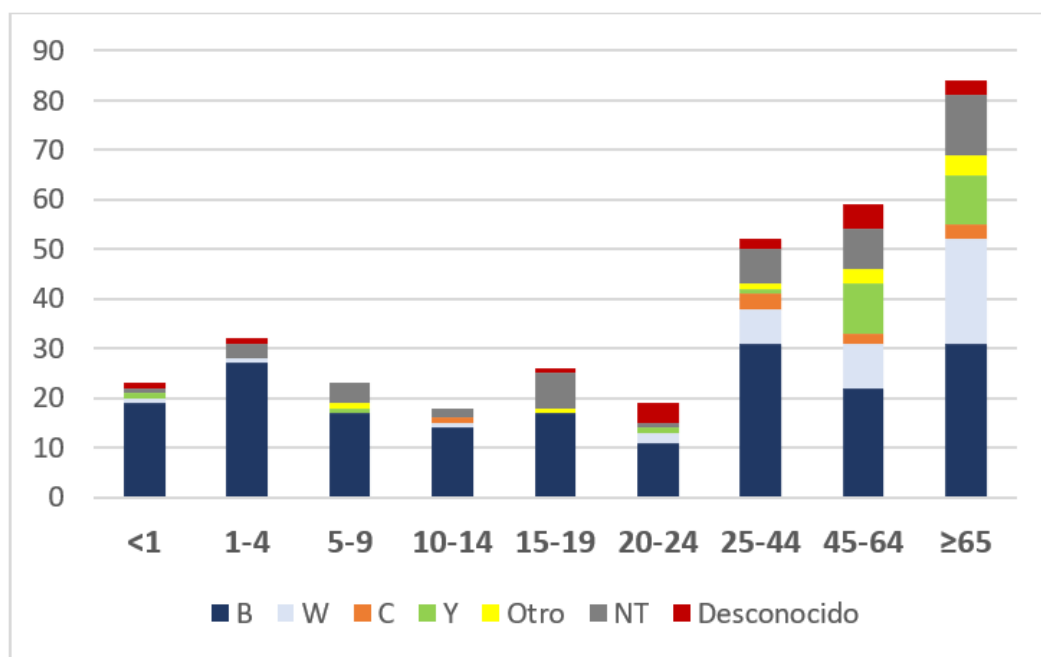
A lo largo de la serie histórica, la IAc de EMI producida por serogrupo B es la más alta, salvo en los años 1996 y 1997. Un repunte del serogrupo W y serogrupo Y se registró en 2018-2020. Tras superar el periodo pandémico el serogrupo B vuelve a liderar la EMI en España (Figuras 7 y 8). La tabla 5 muestra la distribución de casos producidos por serogrupo B según grupo de edad

Tabla 5. Número de casos de Enfermedad Meningocócica Invasiva por serogrupo B y por grupo de edad. Periodo 2019 a 2024

Año	<1	1-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-44	45-64	≥65	Total
2019	28	33	18	4	10	7	13	18	28	159
2020	11	10	3	-	7	5	6	10	20	72
2021	3	6	-	1	3	-	5	9	6	33
2022	17	11	3	2	10	4	6	13	2	68
2023	21	10	10	11	14	11	22	14	25	138
2024	19	27	17	14	17	11	31	22	31	189
Total	99	97	51	32	61	38	83	86	112	659

En 2024 el serogrupo B fue el dominante en todos los grupos de edad. A partir del grupo de 20-24 años se notifican casos de EMI producidos por los serogrupos C, W e Y. Los casos en los que el serogrupo se notifica como “No Tipado” son infrecuentes en los niños, mientras que representan entre el 15%-25% de todos los casos en los jóvenes y en los adultos, sugiriendo diferencias en la vigilancia de la EMI según grupo de edad (Figura 9).

Figura 9. Número de casos de Enfermedad Meningocócica Invasiva por grupo de edad y serogrupo, España 2024.



DISCUSIÓN

En el año 2024, el grado de cumplimentación de la mayoría de las variables esenciales fue mejor que en 2023. Destaca la mejora en la información sobre vacunación, que pasó de notificarse en el 20% de los casos en 2023 a declararse en el 87% en 2024⁽¹⁰⁾. Actualmente, tenemos una cumplimentación del 100% o cercana al mismo, en todas las variables principales (sexo, edad y defunción). Se añade por primera vez la variable país de nacimiento considerada de interés epidemiológico, pero que solo se cumplimenta en la mitad de los casos. Se observa una mejora en la cumplimentación de la variable relacionada con la determinación del serogrupo, aunque sigue siendo desconocida en un 5,1% de los casos. Esta mejora puede responder a las actividades de promoción del envío de muestras clínicas al Centro Nacional de Microbiología para la identificación completa del microorganismo.

La cumplimentación de la variable vacunación también fue superior a la de 2023, aunque la notificación incompleta de otras variables relacionadas supone una limitación para su análisis. Esta variable recoge únicamente información acerca del estado de vacunación (variable dicotómica Sí/No), pero no indica qué vacunas fueron administradas, ni cuándo. La actualización de la encuesta epidemiológica de notificación de caso a la RENAVE, que se ha adaptado al actual calendario de vacunación, ayudará a recoger esta información, necesaria para las actividades de vigilancia relacionadas con los programas de vacunación de esta enfermedad.

A partir del año 2022, cuando empezó la relajación de las medidas de protección frente al SARS-COV2, la IAC de EMI ha experimentado un crecimiento anual sostenido⁽¹⁰⁾. No obstante, en 2024 todavía no se había superado la IAC registrada en el año 2019 (391 casos, IAC de 0,83) año anterior al inicio de la pandemia por COVID-19.

En 2024, se recuperó el patrón estacional típico de esta enfermedad, con un acúmulo notable de casos a principios (enero y febrero) y a finales del año (octubre-diciembre) y el descenso esperado durante la primavera y el verano (de la semana epidemiológica 12 a la 38). Este es un patrón estacional compartido con otras enfermedades, como la enfermedad neumocócica invasiva (ENI) y la enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* (EIH)^(11,12). Esto responde a que en nuestro medio ocurre una mayor circulación de diferentes patógenos respiratorios durante los meses de octubre a febrero⁽¹³⁾.

Las CCAA que en 2024 han registrado el mayor incremento de IAc respecto al año 2023 fueron Asturias, Castilla y León y País Vasco.

La EMI continúa siendo una de las primeras causas de infección grave en niños y adolescentes. Al comparar la IAc por grupos de edad en 2024 respecto a 2019 (año anterior al inicio de la pandemia por COVID-19) se observa que tanto en los grupos de menor edad como en los de mayor edad, la IAc continúa siendo inferior a la registrada en 2019. La IAc en el grupo de menores de 1 año desciende con respecto a 2023. Destaca, sin embargo, el aumento de la IAc en el grupo de niños y niñas de 1 a 4 años de edad (incremento del 92% con respecto a 2023), superándose los datos de años anteriores y alcanzando los niveles de 2019.

En 2024, en la mayoría de los grupos de edad la IAc fue similar entre sexos. En los grupos de menor edad (menores de 1 año y entre 1 y 4 años), la incidencia de EMI es ligeramente superior en hombres, posteriormente las IAc se van aproximando para, invertirse después en los grupos de mayor edad (de 45 a 64 y de 65 años o más), en los que la incidencia en mujeres fue superior a la incidencia en hombres (Anexo 1).

En el año 2024 la presentación clínica principal más frecuente de la EMI fue la sepsis seguida, de la meningitis. Las dos formas clínicas se presentaron conjuntamente en el 16% de los casos.

En 2024, no se notificaron presentaciones clínicas atípicas (artritis, neumonía) como presentación única en ningún caso, como sí había ocurrido en años anteriores. La vigilancia de estas presentaciones clínicas menos frecuentes es importante para mejorar la sospecha clínica y evitar un retraso en el tratamiento. Es decir que en la asistencia clínica se tiene que sospechar que este tipo de manifestaciones infrecuentes podrían estar producidas a *N. meningitidis*.

La letalidad registrada en 2024 para el total de los casos fue similar a la de años anteriores (9,23%) e inferior a la observada en 2023 (13,2%). Destaca el hecho de que el grupo que presentó la mayor letalidad fue el de las mujeres de 65 o más años, seguidas de los hombres del mismo grupo de edad.

La pandemia de COVID-19 y la implementación de medidas de distanciamiento social y de confinamiento en España, han tenido un marcado impacto en la propagación y detección de muchas infecciones, incluida la EMI. Con la retirada total de las medidas de contención, el número total de casos está volviendo a los niveles previos a la pandemia por COVID-19 relacionados principalmente, con la enfermedad meningocócica producida por el serogrupo B^(14,15). En 2024, el 59,2% de los casos en los que se dispone de la información de serogrupo fueron causados por el serogrupo B, similar a lo registrado en el año 2023.

El número de casos debidos a los otros grupos capsulares se han mantenido muy por debajo, probablemente gracias a la protección indirecta altamente efectiva proporcionada por el programa de vacunación con la vacuna conjugada tetravalente (Men ACWY) en adolescentes⁽⁴⁾.

En España la enfermedad meningocócica es de declaración obligatoria. Todas las comunidades y ciudades autónomas notifican los casos a la RENAVE, lo que proporciona una visión completa de la epidemiología en el país. Hay que continuar en la mejora de la calidad de la información de los registros, particularmente proporcionando información sobre el serogrupo y sobre el estado de vacunación de los casos de EMI, que sirva de guía para los programas de vacunación frente al meningococo en España.

BIBLIOGRAFÍA

1. Heymman DL, editor. Control of Communicable diseases Manual 19th Edition. American Public Health Association 2022
2. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Ponencia de Vigilancia Epidemiológica: 9 de abril de 2013. Comisión de salud Pública: 19 de junio de 2013. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud: 23 de julio de 2013 [Internet]. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Instituto de Salud Carlos III; 2015 [citado 7 de abril de 2025]. Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12105/5345>
3. Limia Sánchez A, Olmedo Lucerón C, Soler Soneira M, Cantero Gudino E, Sánchez-Cambronero Cejudo L. Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y evolución del calendario de vacunación en España [Committee for Immunization Programme and Registry and changes in the National Immunization Programme in Spain]. Rev Esp Salud Publica. 2020;94: e202003018. Published 2020 Mar 11.4.
4. Ministerio de Sanidad - Áreas - Promoción de la salud y prevención - Vacunas y programas de vacunación - Calendario de vacunación a lo largo de toda la vida 2025. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/home.htm>
5. Ministerio de Sanidad. Vacunación específica en personas adultas (≥ 18 años) con condiciones de riesgo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2025. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf
6. Ministerio de Sanidad. Vacunación específica en menores y adolescentes (< 18 años) con condiciones de riesgo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2025 Disponible en: Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf
7. Parikh SR, Campbell H, Bettinger JA, Harrison LH, Marshall HS, Martinon-Torres F, et al. The ever changing epidemiology of meningococcal disease worldwide and the potential for prevention through vaccination. J Infect. 2020;81(4):483-98.
8. European Centre for Disease Prevention and Control. TESSy metadata report. [Internet]. 2025. Disponible en: <https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/tessy-metadata-report>
9. BOE-A-2018-16673 Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. [Internet]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673>
10. Soneira MS, Alcaide-Jimenez A, Muñoz-Martinez L, Castellares-González C, Cano-Portero R. Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2023. Bol Epidemiológico Sem. 20 de diciembre de 2024;32(4):194-208 Disponible en: Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2023 | Boletín Epidemiológico Semanal
11. Soler Soneira M, Del-Águila-Mejía J, Acosta-Gutiérrez M, Sastre-García M, Amillategui-Dos-Santos R, Cano Portero R. Enfermedad Neumocócica Invasiva en España en 2023. BES [Internet]. 29 de julio de 2024.32(2):74-93. Disponible en: Enfermedad Neumocócica Invasiva en España en 2023 | Boletín Epidemiológico Semanal
12. Soler Soneira M, Muñoz-Martinez L, Alcaide-Jimenez A, Arroyo-Nebreda V, Cano-Portero R. Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2023. BES [Internet]. 28 de octubre de 2024.32(3):137-49. Disponible en: Enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae*. España 2023 | Boletín Epidemiológico Semanal
13. Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda: gripe, COVID-19 y VRS. Semana 25/2025 (del 16 de junio al 22 de junio de 2025). Disponible en: informe_sivira.knit
14. Roca-Grande J, Mir-Cros A, Muñoz-Almagro C, Lung M, Bellés-Bellés A, Càmarà J, et al. Genomic characterization of invasive *Neisseria meningitidis* in Spain (2011/12-2022/23): expansion of clonal complex 213 and the potential threat to 4CMenB vaccine strain coverage. Emerg Microbes Infect. 2025;14(1):2482696.
15. Nicolau Cano Cristina, Gallego-Royo Alba, Estupiñan Valido Esteban, Perez Perez Alejandra, Gimenez Julvez Teresa, Vela Iglesia Berta Maria Pilar, Montaña Remacha Maria Carmen. Outbreak of *Neisseria meningitidis* serogroup B in Aragón, Spain, January to February 2025. Euro Surveill. 2025;30(14):pii=2500206. DOI: 10.2807/1560-7917.ES.2025.30.14.2500206

ANEXOS

Anexo 1. Casos e Incidencia Acumulada (IAc) de Enfermedad Meningocócica Invasiva en función del grupo de edad y sexo. España, 2014-2024.

G. edad (años)	Sexo	Casos/ IAc	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
<1	H	Casos	34	27	24	23	23	26	20	3	14	18	16	228
		IAc	15,5	12,5	11,4	11,41	12,1	14,0	11,51	1,73	8,24	10,9	9,61	11,64
	M	Casos	18	17	14	9	14	15	13	2	8	9	7	126
		IAc	8,76	8,38	7,05	4,73	7,79	8,55	7,85	1,23	4,99	5,78	4,46	7,94
	Total <1	Casos	52	44	39	32	37	41	33	5	22	27	23	354
		IAc	12,2	10,5	9,55	8,17	10,0	11,3	9,72	1,48	6,67	8,43	7,11	9,87
1-4	H	Casos	26	25	31	21	26	22	12	7	9	11	19	209
		IAc	2,77	2,73	3,48	2,40	3,00	2,61	1,48	0,91	1,20	1,51	2,66	2,60
	M	Casos	12	26	22	29	35	23	13	3	9	6	13	191
		IAc	1,36	3,02	2,62	3,51	4,29	2,89	1,70	0,41	1,27	0,87	1,92	2,53
	Total 1-4	Casos	38	51	53	50	61	45	25	10	18	17	32	400
		IAc	2,08	2,87	3,06	2,94	3,63	2,75	1,59	0,67	1,24	1,20	2,30	2,56
5-9	H	Casos	9	12	7	4	13	15	4		3	7	10	84
		IAc	0,70	0,94	0,55	0,32	1,07	1,26	0,34	0,00	0,26	0,62	0,89	0,69
	M	Casos	6	8	11	5	7	12	4		3	7	13	76
		IAc	0,50	0,67	0,93	0,43	0,62	1,07	0,36	0,00	0,28	0,66	1,22	0,71
	Total 5-9	Casos	15	20	18	9	20	27	8	-	6	14	23	160
		IAc	0,61	0,81	0,74	0,37	0,85	1,17	0,35	0,00	0,27	0,64	1,08	0,70
10-14	H	Casos	1	14	10	5	6	11	4	2	1	6	12	72
		IAc	0,08	1,17	0,82	0,40	0,47	0,85	0,31	0,15	0,08	0,47	0,94	0,54
	M	Casos	3	2	4	5	4	3	2	-	1	7	6	37
		IAc	0,27	0,18	0,35	0,42	0,33	0,25	0,16	0,00	0,08	0,58	0,50	0,32
	Total 10-14	Casos	4	16	14	10	10	14	6	2	2	13	18	109
		IAc	0,17	0,69	0,59	0,41	0,40	0,56	0,24	0,08	0,08	0,52	0,73	0,43
15-19	H	Casos	4	6	8	6	9	9	12	4	7	20	13	98
		IAc	0,36	0,53	0,70	0,52	0,75	0,73	0,96	0,31	0,53	1,46	0,95	0,81
	M	Casos	6	2	8	15	12	15	7	4	8	6	13	96
		IAc	0,57	0,19	0,74	1,37	1,07	1,30	0,60	0,33	0,64	0,47	1,02	0,82
	Total 15-19	Casos	10	8	16	21	21	25	19	8	15	26	26	195
		IAc	0,47	0,37	0,72	0,93	0,91	1,05	0,79	0,32	0,59	0,98	0,96	0,82
20-24	H	Casos	6	7	5	9	12	11	6	1	2	12	11	82
		IAc	0,51	0,60	0,43	0,78	1,03	0,92	0,49	0,08	0,16	0,90	0,82	0,64
	M	Casos	4	3	6	4	4	8	4	-	5	9	8	55
		IAc	0,35	0,27	0,54	0,36	0,36	0,70	0,35	0,00	0,41	0,71	0,63	0,44
	Total 20-24	Casos	10	10	11	13	16	19	10	1	7	21	19	137
		IAc	0,43	0,44	0,49	0,58	0,70	0,81	0,42	0,04	0,28	0,81	0,71	0,54

G. edad (años)	Sexo	Casos/ IAc	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024	Total
25-44	H	Casos	14	14	15	18	14	20	14	6	10	22	33	180
		IAc	0,20	0,20	0,22	0,27	0,22	0,31	0,22	0,10	0,16	0,36	0,54	0,27
	M	Casos	8	9	10	10	21	17	15	1	6	18	19	134
		IAc	0,12	0,14	0,15	0,16	0,33	0,27	0,24	0,02	0,10	0,30	0,32	0,21
	Total 25-44	Casos	22	23	25	28	35	37	29	7	16	40	52	314
		IAc	0,16	0,17	0,19	0,22	0,27	0,29	0,23	0,06	0,13	0,33	0,43	0,24
45-64	H	Casos	8	20	19	17	18	26	17	11	12	19	19	186
		IAc	0,13	0,31	0,29	0,26	0,27	0,38	0,24	0,15	0,17	0,26	0,25	0,27
	M	Casos	11	20	11	25	47	38	15	7	10	25	40	249
		IAc	0,17	0,31	0,17	0,37	0,69	0,55	0,21	0,10	0,14	0,33	0,53	0,36
	Total 45-64	Casos	19	40	30	42	65	64	32	18	22	44	59	435
		IAc	0,15	0,31	0,23	0,32	0,48	0,46	0,23	0,13	0,15	0,30	0,39	0,31
≥65	H	Casos	9	14	10	24	37	38	17	10	6	22	25	212
		IAc	0,24	0,38	0,26	0,62	0,94	0,95	0,42	0,24	0,14	0,51	0,56	0,51
	M	Casos	11	29	40	37	77	81	38	7	15	41	59	435
		IAc	0,23	0,59	0,80	0,73	1,50	1,55	0,72	0,13	0,27	0,73	1,03	0,82
	Total ≥65	Casos	20	43	50	61	114	119	55	17	21	63	84	647
		IAc	0,23	0,50	0,57	0,68	1,26	1,29	0,59	0,18	0,22	0,63	0,83	0,68
Total	Casos	190	255	256	266	379	391	217	68	129	265	336	2752	
	IAc	0,41	0,55	0,55	0,57	0,81	0,83	0,46	0,14	0,27	0,55	0,68	0,58	