

Informe epidemiológico sobre la situación de la Enfermedad Meningocócica Invasiva en España en 2025

Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III.

09 de octubre de 2026

Informe elaborado por

María de Viarce Torres de Mier* y Josefa Masa-Calles*. Este informe se ha elaborado en el Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III y es el resultado de la colaboración de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE).

*Centro Nacional de Epidemiología y CIBER de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP). ISCIII

Correspondencia mvtorres@isciii.es

Especial agradecimiento para todos los profesionales que colaboran con la RENAVE desde las Comunidades Autónomas y para Raquel Abad** y Julio Vázquez**, por la información acerca de los serogrupos en los casos de EMI

** Unidad de Neisseria, Listeria y Bordetella. Laboratorio de Referencia para las enfermedades bacterianas prevenibles por vacunación. Centro Nacional de Microbiología. ISCIII.

Cita sugerida

Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III. Informe epidemiológico sobre la situación de la Enfermedad Meningocócica Invasiva en España, año 2025.

Palabras clave:

Enfermedad Meningocócica Invasiva; EMI; *Neisseria meningitidis*; Meningococo; Epidemiología; España; Meningitis; Vacunación

Creative commons 4.0 BY-NC-SA



Contenido

Abreviaturas	4
Resumen Ejecutivo	5
Introducción	7
Métodos	7
Resultados	8
I. Calidad de la información de los casos de EMI. España, 2025.....	9
Tabla 1. Porcentaje de casos de EMI con información notificada según variable. España, 2024 y 2025	9
II. Características de los casos de EMI. España, 2025	9
Tabla 2. Distribución de EMI por grupo de edad y sexo. España, 2025 (N = 385).....	9
Figura 1. Distribución de la manifestación clínica principal en los casos EMI, por grupo de edad. España, 2025 (N = 385).....	10
Tabla 3. Defunciones y letalidad asociadas a EMI, por grupo de edad y sexo. España, 2025 (N = 385)	11
Figura 2. Casos y defunciones asociadas a EMI, por grupo de edad y sexo. España, 2025 (N = 385).....	11
Tabla 4. Distribución de los casos de EMI por serogrupo y grupo de edad. España 2025 (N = 385).....	12
Figura 3. Distribución de los casos de EMI por serogrupo y grupo de edad. España, 2025 (N = 385)	13
III. Evolución temporal de EMI, España 2019-2025	13
Figura 4. Evolución temporal de EMI por sexo e introducción en calendario de las vacunas frente a Meningococo. España, 1996 – 2025	14
Tabla 5. Evolución temporal de la IA de EMI por grupo de edad. EMI, España 2019 - 2025	15
Figura 5. Evolución temporal de la EMI, por grupo de edad. España, 2019 – 2025.....	15
Figura 6. Evolución temporal de la principal presentación clínica de la EMI. España 2019 – 2025	16
Figura 7. Evolución temporal de la IA de EMI por serogrupo notificado (casos por 100.000 hab). España 1996 –2025	17
Figura 7 Bis: Detalle. Evolución temporal de la IA de EMI por serogrupo notificado (casos por 100.000 hab). España, 2012 –2025.....	17
Tabla 6. Evolución temporal por serogrupo (N). EMI España 2019 – 2025.....	18
Figura 8. Evolución temporal de los casos de EMI por serogrupo notificado (en N) EMI España 2019 – 2025	19
Figura 9. Evolución temporal de los casos de EMI por serogrupo notificado (distribución en %). EMI España 2019 – 2025	19
Figura 10. Evolución temporal de los casos de EMI serogrupo B por grupo de edad (en IA, escala logarítmica). EMI, España 2019 – 2025	20

Tabla 7. Evolución temporal de los casos de EMI serogrupo B por grupo de edad (N)	
EMI, España 2019-2025	21
IV. Estacionalidad.	21
Figura 11. Casos por mes de presentación. EMI, España 2019 – 2025	21
V. Distribución geográfica	22
Tabla 8. Casos e IA por Comunidad Autónoma. España 2024 – 2025.....	22
Figura 12. IA de EMI por Comunidad Autónoma. España 2025	23
Conclusiones y Recomendaciones	24
I. Calidad de la información: completitud de la información individualizada de los casos. EMI, España, 2025.....	24
II. Características de los casos de EMI, España, 2025	24
III. Evolución temporal de EMI, España 1998-2025	24
IV. Estacionalidad	25
V. Distribución geográfica	25
VI. Recomendaciones	25
Bibliografía	27

Abreviaturas

CCAA: Comunidades autónomas y ciudades de Ceuta y Melilla

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

EMI: Enfermedad meningocócica invasiva

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

IMD: *Invasive meningococcal diseases*

INE: Instituto Nacional de Estadística

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

MEN B: *Neisseria meningitidis* o meningococo serogrupo B

MEN C: *Neisseria meningitidis* o meningococo serogrupo C

RENAVE: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

SIVIEs: Sistema para la Vigilancia en España

TESSy: *The European Surveillance System*

Resumen Ejecutivo

Datos clave y Perfil de los Casos de EMI. España, 2025

Total, de casos e Incidencia Acumulada (IA)	385 casos (0,78 casos por 100.000 habitantes)
Sexo	Mayor frecuencia en mujeres (ratio: 1,2 mujeres por cada hombre)
Casos por grupo de edad	El 40% de los casos ocurrieron en los grupos de 45-64 años (20,5%) y de ≥65 años (20,8%)
Incidencia Acumulada (IA)	Las tasas de incidencia acumulada más elevada corresponden a niños de menores de 1 año (10,03 casos por 100.000 hab.) , seguidos de los grupos de 1-4 años (IA: 2,30) y 5-9 años (IA: 1,54)
Clínica principal	La meningitis es la presentación principal en todos los grupos de edad, salvo en el grupo de ≥65 años , en el que la presentación principal es la sepsis
Letalidad	La tasa global de letalidad de la EMI fue de 7,8%. Casi la mitad de los fallecidos tenían ≥65 años.
Serogrupos	El Serogrupo B es el más frecuentemente identificado (67,8%), seguido del W (12,9%) y del Y (5,6%). Distribución por edad: - Serogrupo B: Su proporción disminuye a medida que avanza la edad - Serogrupo W: Se identifica con mayor frecuencia en edades avanzadas - Serogrupo Y: Se identifica en adultos de edad media y ≥65 años

Impacto de las Vacunas y Evolución Temporal de la EMI según serogrupo

Serogrupo B (MEN B)	La vacunación sistemática en menores de 1 año se acordó en 2022 (y se implantó por completo a finales de 2024 a nivel nacional); en 2025 todavía no se observa un impacto directo global en la incidencia de EMI por este serogrupo, que mantiene la tendencia ascendente, superando los niveles prepandemia
Serogrupo C (MEN C)	Muestra un claro descenso histórico gracias a las sucesivas adaptaciones del calendario vacunal (2000, 2012, 2019). En 2025, con coberturas de vacunación muy altas (93,43% en 1ª dosis y 89,32% en 2ª), no se han vuelto a notificar tasas como las previas a la pandemia
Serogrupos W e Y	Subieron entre 2012 y 2019 (año en que se introdujo la vacuna tetravalente ACWY a los 12 años). Tras el desplome por la COVID-19, se están recuperando en 2025, pero, con una cobertura vacunal del 88,69%, siguen por debajo de los niveles prepandémicos.

Desafíos y Objetivos del Sistema de Vigilancia. Se enfatizan las siguientes líneas de acción prioritarias:

Complejidad de los datos	Aunque la calidad general es muy buena (próxima al 100% en variables esenciales), urge mejorar la recogida sobre el serogrupo específico y el estado previo de vacunación de los casos
Interoperabilidad	Implementar sistemas de información que se comuniquen de forma fluida y eficiente entre diferentes plataformas autonómicas y nacionales
Objetivo final	Garantizar la máxima calidad analítica para diseñar políticas de vacunación flexibles y adaptables en tiempo real a los cambios epidemiológicos

Executive Summary: Invasive Meningococcal Disease (IMD) in Spain, 2025

Invasive Meningococcal Disease (IMD) cases in Spain reached a total of 385 cases during 2025, representing an Incidence Rate (IR) of 0.78 cases per 100,000 inhabitants.

Key Data and Profile of IMD Cases (Spain 2025)

Sex	Higher frequency in women, with a ratio of 1.2 women for every man
Cases	Around 40% of IMD cases occurred among the 45-64 years-old-group (20.5%) and the ≥65-years-old group (20.8%).
Highest Incidence	The highest rates correspond to infants <1 year old (10.03 cases per 100,000), followed by 1-4 years (2.30 cases per 100,000) and 5-9 years age groups (1.54 cases per 100,000)
Main Clinical Presentation	Meningitis predominates across all ages, except in ≥65 years group, where sepsis is the most frequent presentation
Fatality Rate	The global fatality rate of IMD was 7.8%. Nearly half of the deceased were ≥65 years old.
Serogroups	Serogroup B is the most frequent identified (67.8%), followed by serogroup W (12.9%) and serogroup Y (5.6%). Serogroup distribution by Age: • B Serogroup: its frequency decreases as age advances. • W Serogroup: mostly identified in older ages. • Y Serogroup: observed in middle-aged and ≥65 years old

Impact of Vaccines and Trends Over Time

Serogrup B (MEN B)	Routine vaccination for infants under 1 year of age was included upon in 2022 (and fully implemented by late 2024); direct overall impact is not still observed in 2025. MEN B IMD maintains an upward trend that exceeds pre-pandemic levels
Serogrup C (MEN C)	MEN C IMD shows a clear historical decline thanks to successive adaptations in the vaccination schedule (2000, 2012, 2019). In 2025, with very high childhood coverage (93.43% for the 1st dose and 89.32% for the 2nd dose), pre-pandemic levels have not returned
Serogroups W and Y	IMD by Serogroups W and Y rose between 2012 and 2019 (when the quadrivalent ACWY vaccine was introduced at age 12). After a sharp drop due to COVID-19, IR are recovering in 2025 but, with a vaccine coverage of 88.69%, remains below pre-pandemic levels

Surveillance System Challenges and Objectives. The following priority lines of action are emphasized:

Data Completeness	Although overall quality is very good (close to 100% for essential variables), there is an urgent need to improve data collection regarding the specific serogroup and the patients' prior vaccination status
Interoperability	Implementing information systems that communicate seamlessly and efficiently across different regional and national platforms
Ultimate Goal	Guaranteeing the highest analytical quality to design flexible vaccination policies that can adapt in real time to epidemiological changes

Introducción

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

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 diferentes cuadros clínicos, entre las que destacan por su gravedad la sepsis y la meningitis. La letalidad de la EMI es elevada y además la enfermedad cursa con 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; no obstante, el estado de portador puede 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 (rango 2-10 días)

El diagnóstico se establece 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 Meningitis C (MEN C) se introdujo en el calendario de vacunación infantil en el año 2000, con tres dosis en el primer año de vida. Desde 2014, se utiliza una pauta con tres dosis a los 4 meses, 12 meses y 12 años. En el año 2019, se sustituyó la vacunación con vacuna MEN C a los 12 años por la vacuna MEN ACWY y además se recomendó la vacunación de rescate hasta los 18 años. En noviembre de 2022 se acordó la vacunación sistemática frente a MEN B en la población infantil a los 2, 4 y 12 meses de edad. Además, se recomendó la vacunación con MEN B en personas con ciertas condiciones de riesgo siguiendo el calendario vacunal específico de grupos de riesgo.

El objetivo final de la vigilancia de las enfermedades transmisibles es reducir su incidencia en la comunidad. La vigilancia de casos de EMI y la investigación de los cambios en la frecuencia de aparición de los distintos serogrupos de *N. meningitidis* tienen implicaciones en las estrategias de vacunación y en el control de brotes.

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 presenta la información de la EMI relativa al año 2025 en España.

Métodos

Se realiza la descripción epidemiológica de la EMI en España durante el año 2025 y su comparación con los años anteriores (desde el año 1996 para ver la evolución y desde el año 2019 para una comparación más detallada).

La información se ha obtenido de los casos notificados a la RENAVE desde las diferentes comunidades autónomas y desde las ciudades autónomas de Ceuta y Melilla (CCAA) a través de la plataforma SiViEs plus (Sistema para la Vigilancia en España) a fecha de 26 de abril de 2026.

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

Los datos de población utilizados como denominadores proceden del Instituto Nacional de Estadística (INE). Se han utilizado para el cálculo de las tasas de incidencia acumulada (IA) por 100.000 habitantes, tanto a nivel nacional como por comunidad autónoma y para el detalle de edad y sexo. Para la población de 2025 se utilizó la población estimada con fecha de referencia a 1 de enero del 2026 según la operación Estadística Continua de Población publicada por el INE. Para las poblaciones anteriores a 2025, se utilizaron las poblaciones consolidadas a 1 de enero del año siguiente.

Las variables analizadas son: 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 (sí/no) y defunción (sí/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 (*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.

Resultados

Se excluyen del análisis EMI, España 2019 - 2025:

- ✓ Casos importados
- ✓ Casos clasificados como sospechosos o probables

Casos notificados (EMI, España 2025): 397

Se excluyen del análisis EMI, España 2025:

- ✓ Casos importados (4)
- ✓ Casos clasificados sospechosos (7) y probables (1 caso)

Total, de casos que finalmente se incluyen en el análisis (EMI, España 2025): 385 casos

I. Calidad de la información de los casos de EMI. España, 2025

La calidad de la información notificada en 2025 fue similar a la del año anterior. La cumplimentación de las variables básicas (sexo y edad) alcanzó el 100%. Las variables presentación clínica, defunción y serogrupo registraron un grado de cumplimentación muy elevado (>90%). El estado de vacunación se recoge en cerca del 85% (Tabla 1).

Tabla 1. Porcentaje de casos de EMI con información notificada según variable. España, 2024 y 2025

Complejidad de cada Variable (en %)	2024 (N 336)	2025 (N 385)
Edad	100,0%	100,0%
Sexo	100,0%	100,0%
País de nacimiento	52,0%	54,5%
Presentación clínica	94,0%	91,3%
Defunción	99,7%	98,4%
Serogrupo	94,9%	92,7%
Vacunación	86,8%	84,4%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

II. Características de los casos de EMI. España, 2025

A lo largo del año 2025, se notificaron a RENAVE 385 casos de EMI: 210 mujeres (54,4%) y 175 hombres (45,4%). La mayoría de los casos, ocurrieron en el grupo de edad ≥ 65 (80 casos: 20,8%) y 45-64 años (79 casos: 20,3%) (Tabla 2). Las IA más elevadas (casos/100.000 habitantes) corresponden a los niños: <1 año (10,03), seguido del grupo 1-4 años (2,30) y de 5-9 años (1,54). Las IA de EMI más bajas se encuentran en las edades media de la vida: 25-44 años (0,39) y 45-64 años (0,53) (Tabla 2).

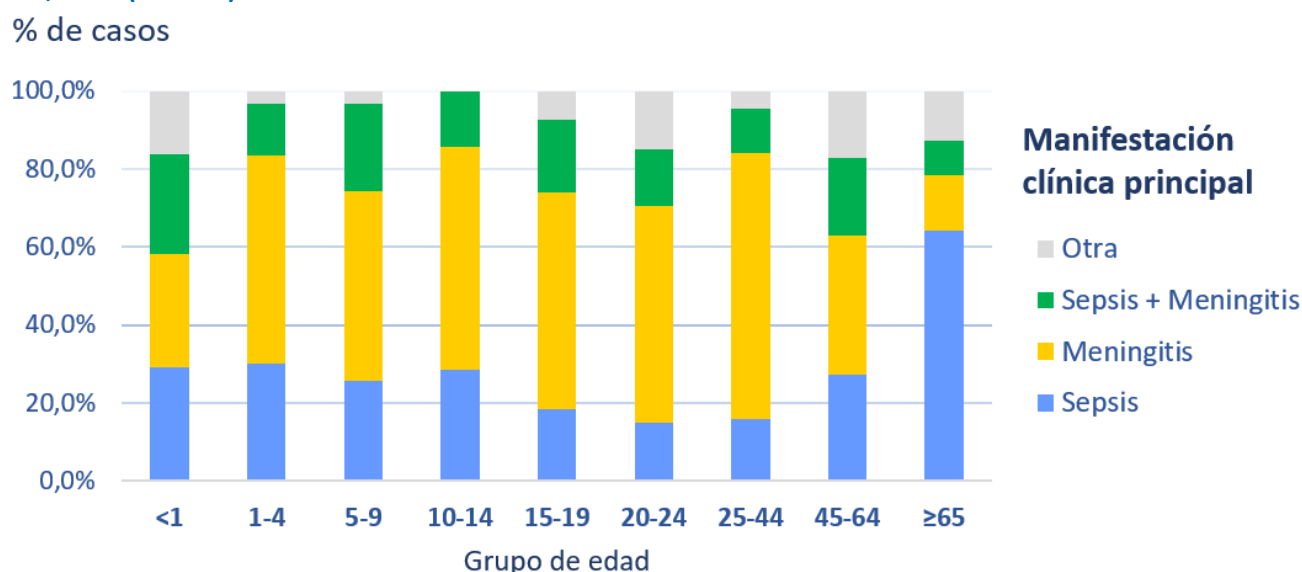
Tabla 2. Distribución de EMI por grupo de edad y sexo. España, 2025 (N = 385)

	Hombres		Mujeres		Total		Incidencia acumulada (casos por 100.000 hab)
	Casos (n)	%	Casos (n)	%	Casos (n)	%	
<1 año	17	9,7	15	7,1	32	8,3	10,03
1-4 años	18	10,3	14	6,7	32	8,3	2,30
5-9 años	12	6,9	21	10,0	33	8,6	1,54
10-14 años	16	9,1	6	2,9	22	5,7	0,89
15-19 años	16	9,1	13	6,2	29	7,5	1,08
20-24 años	17	9,7	14	6,7	31	8,1	1,16
25-44 años	25	14,3	22	10,5	47	12,2	0,39
45-64 años	31	17,7	48	22,9	79	20,5	0,53
≥ 65 años	23	13,1	57	27,1	80	20,8	0,80
Total	175	100%	210	100%	385	100%	0,79

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

La presentación clínica se recoge en 351 casos (91,3% de los casos notificados). La principal manifestación clínica fue la meningitis (147 casos: 41,9% de las EMI de las que se tiene información) seguido de sepsis (112 casos: 31,9%). En 56 casos (15,9%), se notificaron las dos manifestaciones. Las 36 EMI restantes (10,3%) corresponden a otras manifestaciones clínicas. En todos los grupos de edad la meningitis es la entidad más frecuente, salvo entre las personas ≥ 65 , en las que la sepsis es la presentación clínica principal (Figura 1).

Figura 1. Distribución de la manifestación clínica principal en los casos EMI, por grupo de edad. España, 2025 (N = 385)



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

En 2025 se notificaron 30 defunciones debidas a EMI, lo que supone una **letalidad** global del 7,8%: 13 hombres (letalidad 7,4%) y 17 mujeres (letalidad 8,1%). Salvo el caso de una niña del grupo de edad 1-4 años, el resto de los fallecidos tenía ≥ 15 años. Casi la mitad de las muertes (14) corresponde a casos de EMI en personas ≥ 65 años, lo que supone una letalidad para este grupo de edad del 30,4% en hombres y 12,3% en mujeres.

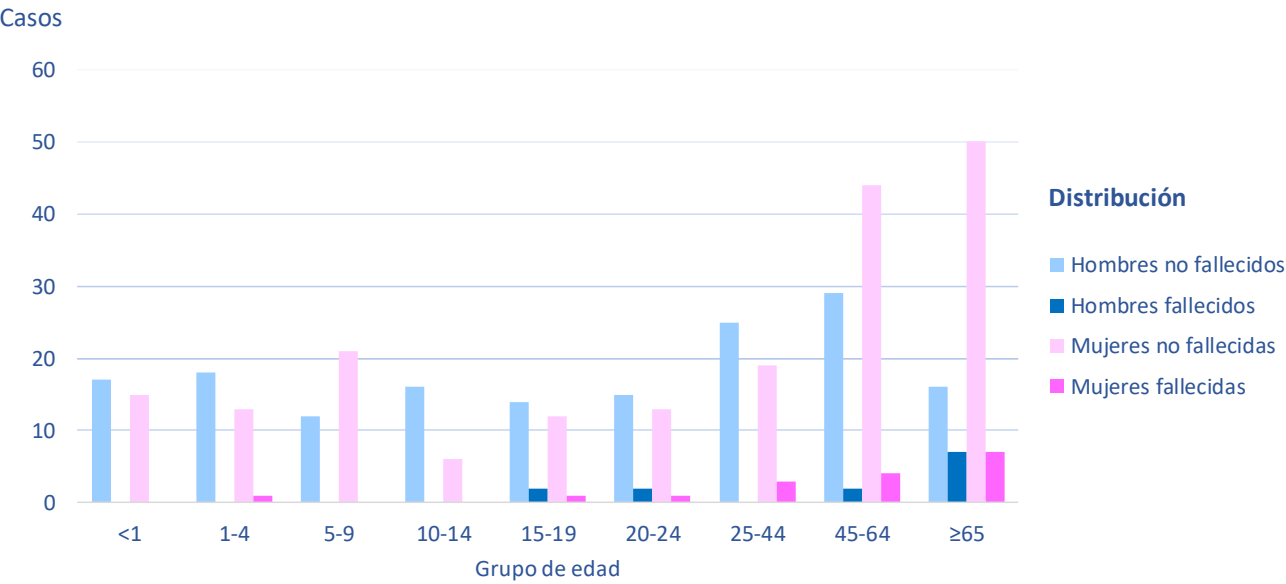
Si se analiza el grupo de >65 años, en dos subgrupos: de 65-74 años y de ≥ 85 , **la letalidad de la EMI en estos dos subgrupos es diferente entre hombres y entre mujeres**. En los hombres, la letalidad, en el subgrupo de 65-74 años es 26,7% y en ≥ 85 años es 37,5%; mientras que en las mujeres la letalidad es mayor en **≥ 85 años** (30,8%) (Tabla 3).

Tabla 3. Defunciones y letalidad asociadas a EMI, por grupo de edad y sexo. España, 2025 (N = 385)

Grupo de edad	Hombres			Mujeres		
	Casos	Fallecidos	Letalidad	Casos	Fallecidos	Letalidad
<1	17	0	0,0%	15	0	0,0%
1-4	18	0	0,0%	14	1	7,1%
5-9	12	0	0,0%	21	0	0,0%
10-14	16	0	0,0%	6	0	0,0%
15-19	16	2	12,5%	13	1	7,7%
20-24	17	2	11,8%	14	1	7,1%
25-44	25	0	0,0%	22	3	13,6%
45-64	31	2	6,5%	48	4	8,3%
≥65	23	7	30,4%	53	7	12,3%
	175	13	7,4%	206	17	8,3%

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

Figura 2. Casos y defunciones asociadas a EMI, por grupo de edad y sexo. España, 2025 (N = 385)



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

La variable serogrupo se notificó en el 92,7% de los casos confirmados de EMI (357/385). El Serogrupo B fue el más frecuente (242/357: 67,8%), seguido del Serogrupo W (46/357: 12,9%) y del Serogrupo Y (20/357: 5,6%) (Tabla 4 y Figura 3).

En cuanto a los grupos de edad, el Serogrupo B se identificó en 29/32 (90,6%) de las EMI en menores de 1 año, en 25/30 (83,3%) de las EMI en el grupo de 1-4 años y en 15/19 (78,9%) de las EMI entre los 5-9 años. Conforme avanza la edad, disminuye la proporción de EMI causadas

por Serogrupo B, y así, entre las EMI en ≥ 65 años, el Serogrupo B se aísla en 36/67 (53,7%) de los casos.

Sin embargo, el serogrupo W se identifica con más frecuencia en las edades avanzadas de la vida (31,2% de las EMI (24/77) en ≥ 65 corresponden al serotipo W) y su frecuencia disminuye conforme disminuye la edad de los casos de EMI. En los grupos de menos de 1 año y 1-4 años, el Serogrupo W representa menos del 5% de los casos de EMI.

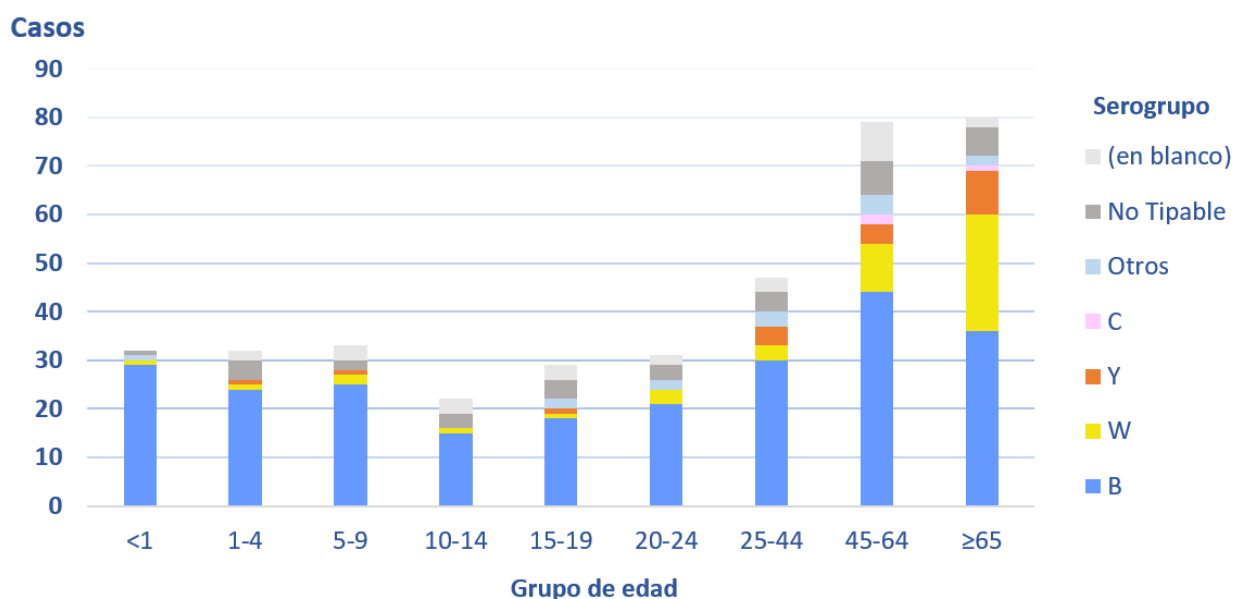
Del mismo modo, el serotipo Y, que, globalmente representa el 5,6% de los casos de EMI (20/357), se observa preferentemente en población adulta [grupo de edad de 25-44 años (4/43: 9,3%); grupo de edad de 45-64 años (4/71: 5,6%) y, especialmente en adultos ≥ 65 años (9/77: 11,7%) (Tabla 4 y Figura 3)

Tabla 4. Distribución de los casos de EMI por serogrupo y grupo de edad. España 2025 (N = 385)

Grupo de edad	B	W	Y	C	Otros	No Tipable	Total Conocido	No conocido	Total General
<1	29	1			1	1	32		32
01-04	25	2	1			2	30	3	33
05-09	15	1				3	19	3	22
10-14	24	1	1			4	30	2	32
15-19	18	1	1		2	4	26	3	29
20-24	21	3			2	3	29	2	31
25-44	30	3	4		2	4	43	4	47
45-64	44	10	4	2	4	7	71	8	79
≥ 65	36	24	9	1	1	6	77	3	80
Total	242	46	20	3	12	34	357	28	385

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

Figura 3. Distribución de los casos de EMI por serogrupo y grupo de edad. España, 2025 (N = 385)



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

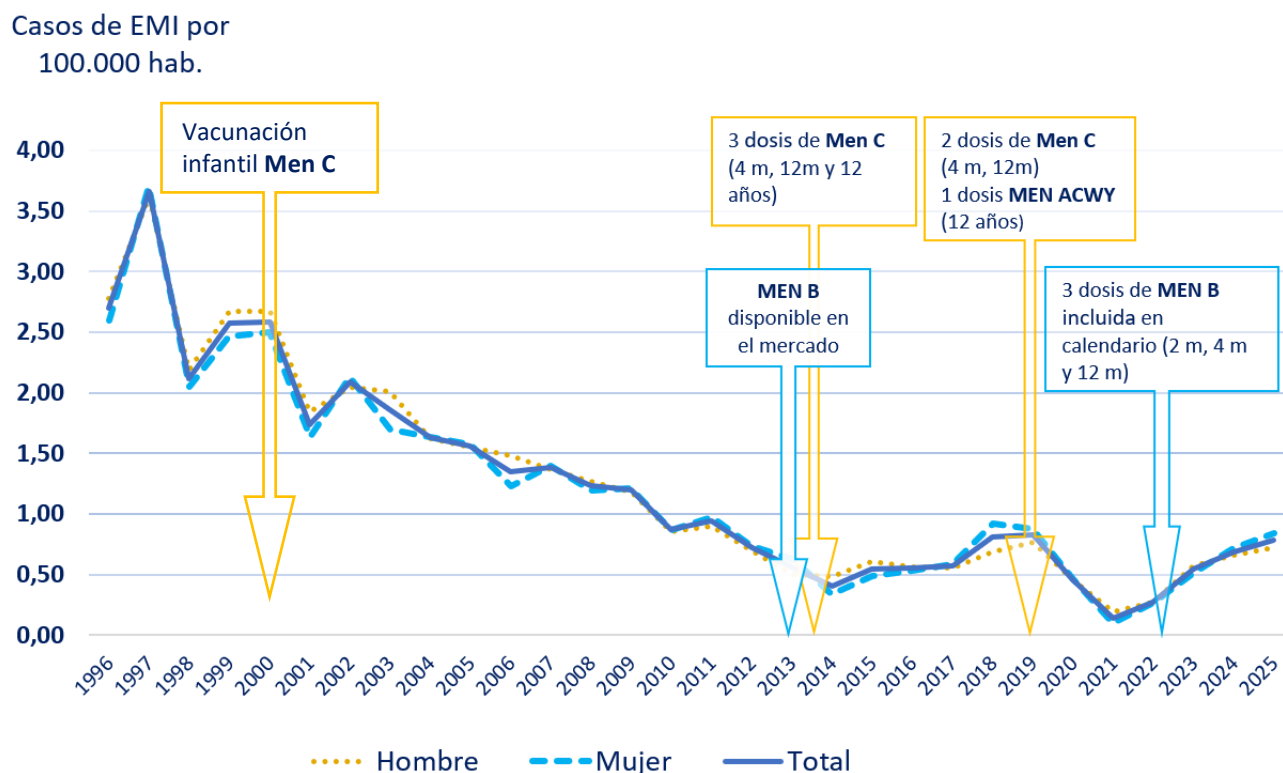
III. Evolución temporal de EMI, España 2019-2025

En el año 2025 se notificaron a RENAVE 385 casos de EMI confirmados y no importados, lo que supone una IA de 0,78 por 100,000 habitantes.

De éstos 385 casos, 210 fueron mujeres (54,6%, IA: 0,84/100.000) y 175 hombres (45,4% de los casos, IA: 0,73/100.000).

En el periodo 1996-2025, se notificaron un total de 16.217 casos de EMI, sin incluir los casos importados ni los casos que no tuvieran confirmación diagnóstica. Desde 1996 hasta 2014, la IA 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 en ascenso hasta el año 2025. Esta tendencia se observó tanto en hombres como en mujeres (Figura 4).

Figura 4. Evolución temporal de EMI por sexo e introducción en calendario de las vacunas frente a Meningococo. España, 1996 – 2025



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

La Tabla 5 y Figura 5 muestran la evolución de la IA de la EMI por grupo de edad desde el año 2019. A lo largo de los años analizados, la IA más alta se registra siempre en los menores de 1 año, seguidos del grupo de 1 a 4 años.

En cuanto a la evolución de la EMI por grupo de edad tras la pandemia, la recuperación de la IA comenzó con los grupos de edad 15-19, 20-24 y 25-44 años que ya en 2023 registraron IA semejantes a las pre-pandémicas. Continuó en 2024 para los grupos de edad de 5-9, 10-14, 45-64 y ≥65 años. Para los grupos de edad <1 año y 1-4 año, aunque han ido registrando valores en signo creciente, las IA continúan por debajo a los valores registrados prepandemia (Tabla 4 y Figura 5).

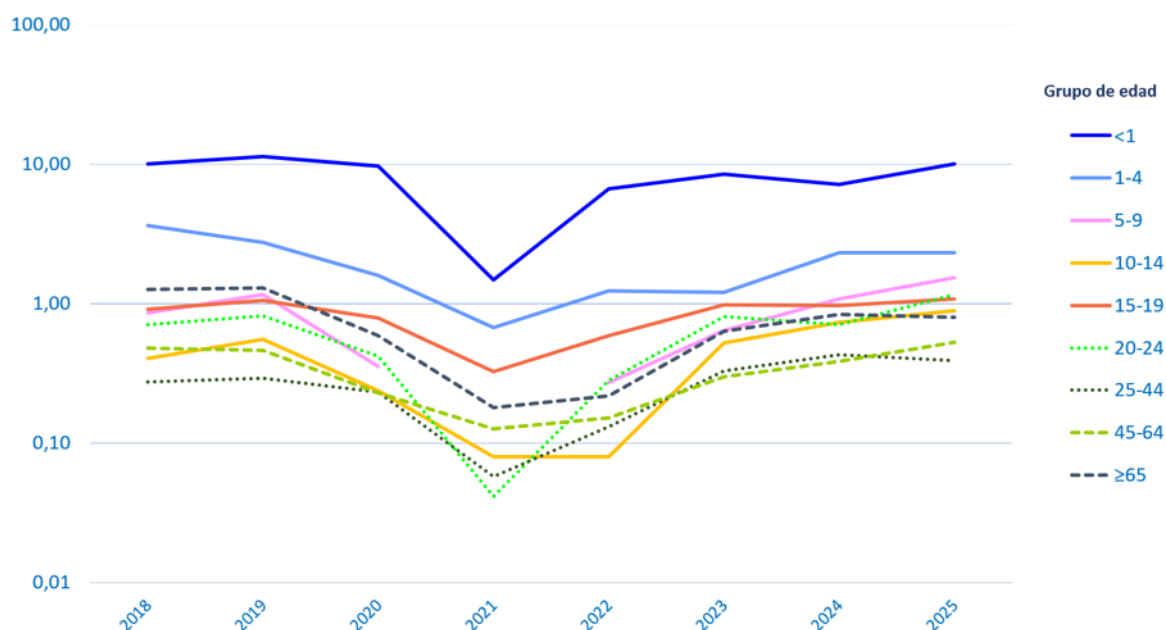
Tabla 5. Evolución temporal de la IA de EMI por grupo de edad. EMI, España 2019 - 2025

Grupo de edad (en años)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<1 año	11,36	9,72	1,48	6,67	8,43	7,11	10,0
1-4	2,75	1,59	0,67	1,24	1,20	2,30	2,30
5-9	1,17	0,35	0,00	0,27	0,64	1,08	1,54
10-14	0,56	0,24	0,08	0,08	0,52	0,73	0,89
15-19	1,05	0,79	0,32	0,59	0,98	0,96	1,08
20-24	0,81	0,42	0,04	0,28	0,81	0,71	1,16
25-44	0,29	0,23	0,06	0,13	0,33	0,43	0,39
45-64	0,46	0,23	0,13	0,15	0,30	0,39	0,53
≥65	1,29	0,59	0,18	0,22	0,63	0,84	0,80
Total	0,83	0,46	0,14	0,27	0,55	0,68	0,79

Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

Figura 5. Evolución temporal de la EMI, por grupo de edad. España, 2019 – 2025

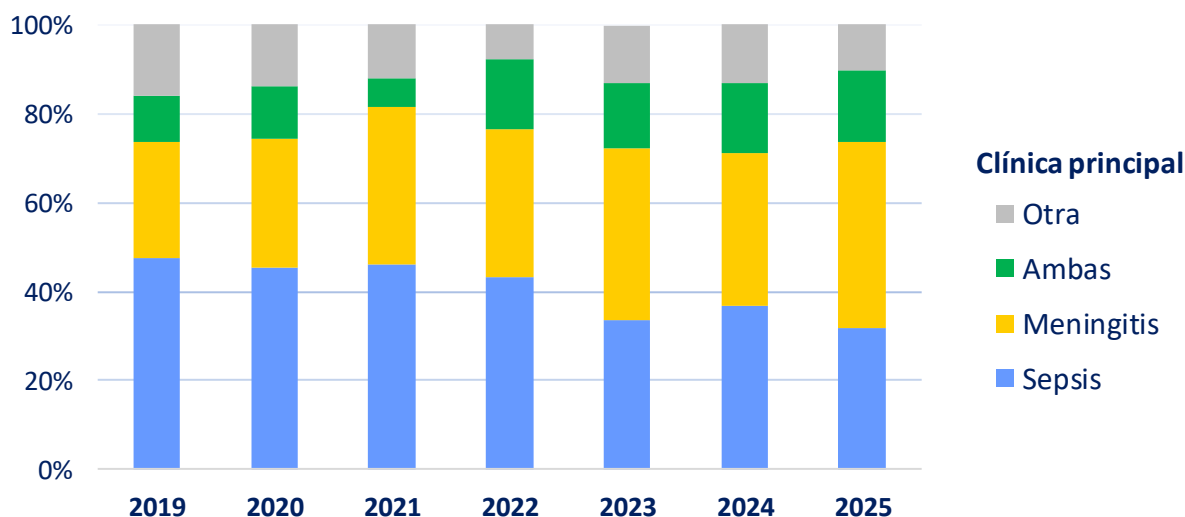
Casos por 100.000 hab
(escala logarítmica)



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

La Figura 6 recoge la evolución temporal de la principal presentación clínica de la EMI desde 2019. A partir de 2022 se observa una disminución en la proporción de casos de sepsis, frente al aumento en la proporción de casos de meningitis y de ambas entidades.

Figura 6. Evolución temporal de la principal presentación clínica de la EMI. España 2019 – 2025



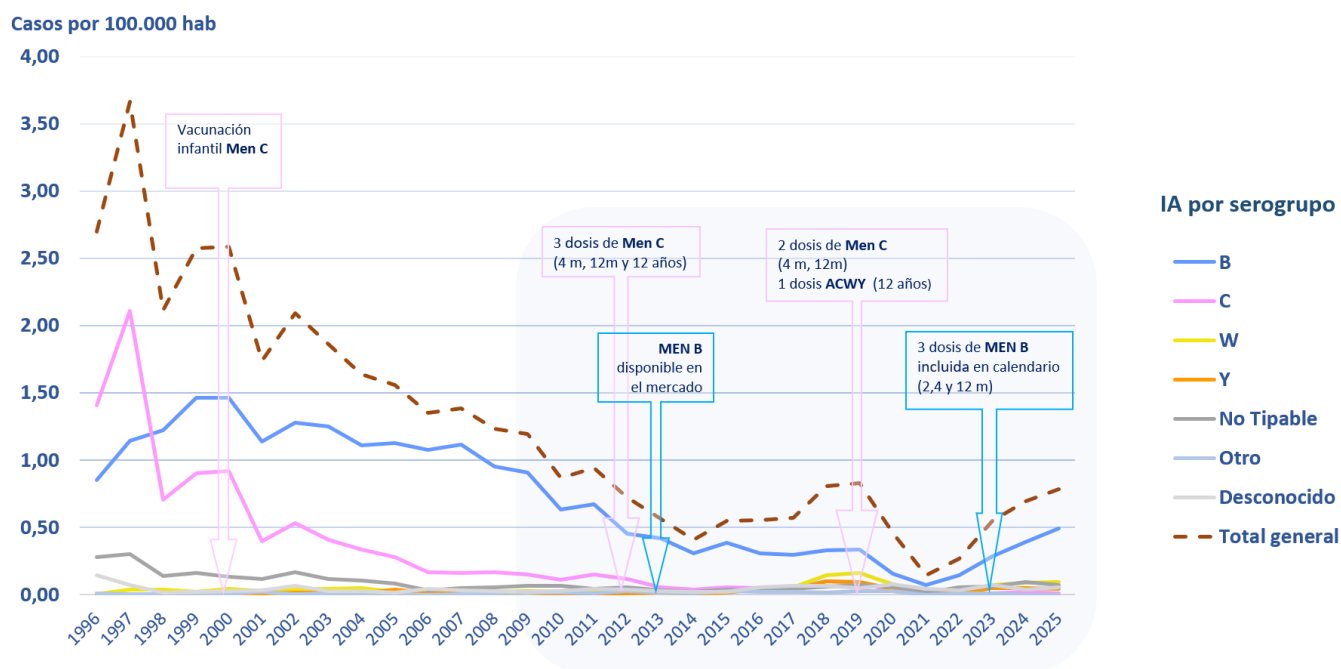
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

Las figuras 7 (y 7Bis: detalle ampliado) muestra la evolución de IA según el Serogrupo de *N. meningitidis* identificado en el caso de EMI (1996-2025)

Salvo un repunte al principio de la serie (en 1997), el IA por MEN B registra siempre los valores más altos, seguida de la IA por MEN C hasta 2016; a partir de entonces, la IA por W y la IA por Y han superado a la IA por MEN C. En 2025 la IA más elevada es debida a MEN B, seguida de MEN W, después se MEN Y y, por último MEN C. En general, en los años de la pandemia por COVID-19 se observó un drástico descenso en la notificación de casos de EMI por cualquier serotipo, sin embargo se presentan las siguientes particularidades:

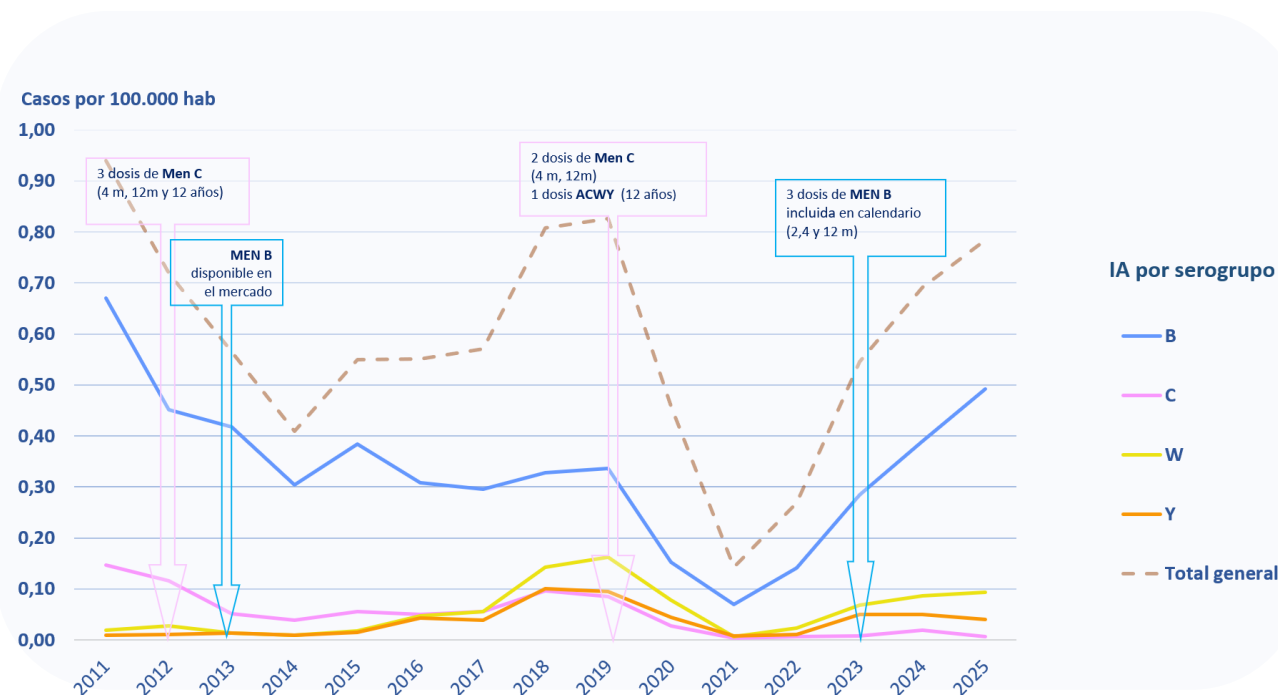
- IA por MEN B. Tras una tendencia descendente desde el año 2000 hasta 2019, partir de 2022 ha recuperado valor, superando incluso las cifras previas a la pandemia.
- IA por MEN C. En claro descenso, especialmente coincidiendo con las intervenciones en el calendario vacunal (2000, 2012 y 2019). Se recuperaron valores a partir de 2022. No se ha llegado a recuperar valores pre-pandémicos
- IA por MEN W y MEN Y. Tendencia en ascenso desde 2012 hasta 2019. Se recuperaron valores a partir de 2022. No se ha llegado a recuperar valores pre-pandémico

Figura 7. Evolución temporal de la IA de EMI por serogrupo notificado (casos por 100.000 hab). España 1996 –2025



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

Figura 7 Bis: Detalle. Evolución temporal de la IA de EMI por serogrupo notificado (casos por 100.000 hab). España, 2012 –2025



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

La Tabla 6 y las Figuras 8 y 9 muestran la evolución temporal de los casos de EMI por Serogrupo de *N. meningitidis* identificado tanto en valores absolutos como en porcentaje (en el total de casos de EMI) desde 2019 hasta 2025.

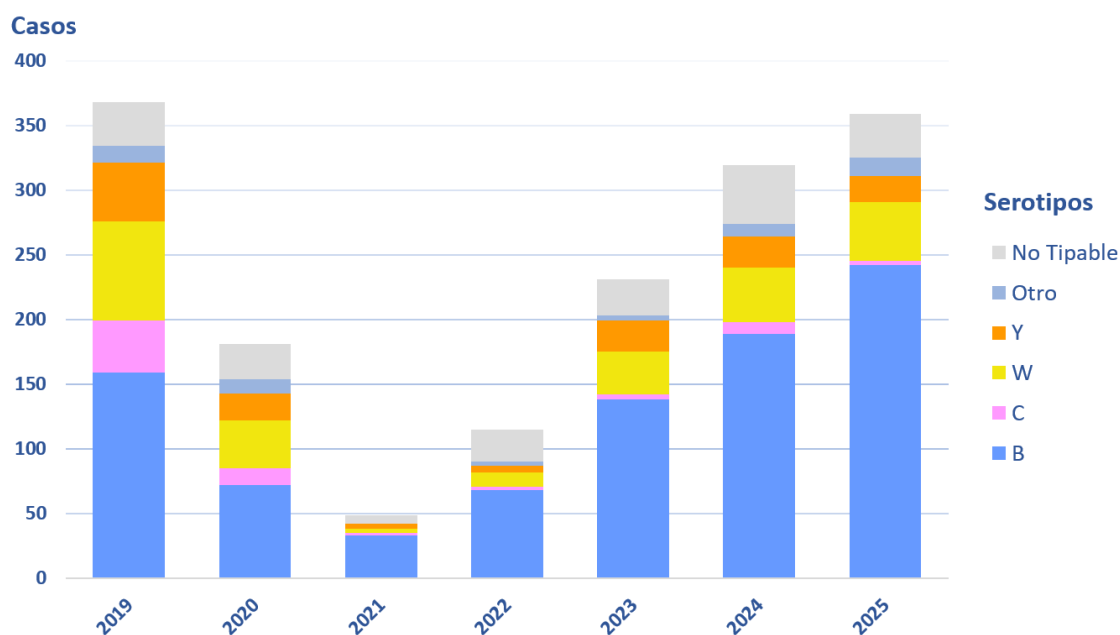
- Casos por MEN B. Tras el acusado descenso en 2020 y 2021 (coincidiendo con la pandemia COVID-19), a partir de 2022 ha ido aumentando el número de casos EMI por MEN B, y en 2024 y 2025 superan a los valores previos a la pandemia.
- En cualquier caso, la proporción de EMI MEN B dentro del total de los casos de EMI ha pasado del 43,2% (en 2019) a suponer alrededor del 60% del total de los casos de EMI notificados tras la pandemia: 59,1% (2022), 59,7% (2023), 59,2% (2024) y 67,4% (2025). Ídem se observa con los resultados provisionales de 2026 (61,7%)
- Casos por MEN C. Marcada disminución en el número de casos por MEN C en 2019 (coincidiendo con la intervención en el calendario vacunal). Descenso continuado y mantenido (salvo la notificación de algún caso esporádico) tanto durante la pandemia como después. Proporcionalmente, las EMI por MEN C han pasado de representar el 10,7% de las EMI en 2019 a menos del 3% desde el 2022; (% en 2025).
- Casos por MEN W. Tras el acusado descenso en 2020 y 2021 (coincidiendo con la pandemia COVID-19), a partir de 2022 se van recuperando valores, aunque sin alcanzar cifras de prepandemia. Proporcionalmente, las EMI por MEN W han pasado de representar el 20,9% de las EMI en 2019 a menos del 15% desde el 2022; (12,8%% en 2025).
- Casos por MEN Y. Tras el acusado descenso en 2020 y 2021 (coincidiendo con la pandemia COVID-19), a partir de 2022 se van recuperando valores, aunque sin alcanzar cifras de prepandemia. Proporcionalmente, las EMI por MEN W han pasado de representar el 12,2%% de las EMI en 2019 a menos del 10% desde el 2022; (5,6%% en 2025).

Tabla 6. Evolución temporal por serogrupo (N). EMI España 2019 – 2025

Serogrupo	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
B	159	72	33	68	138	189	242
C	40	13	2	3	4	9	3
W	77	37	3	11	33	42	46
Y	45	21	4	5	24	24	20
Otro	13	11	0	3	4	10	12
No Tipable	34	27	7	25	28	45	34
Desconocido	23	36	19	14	34	17	28
Total	391	217	68	129	265	336	385

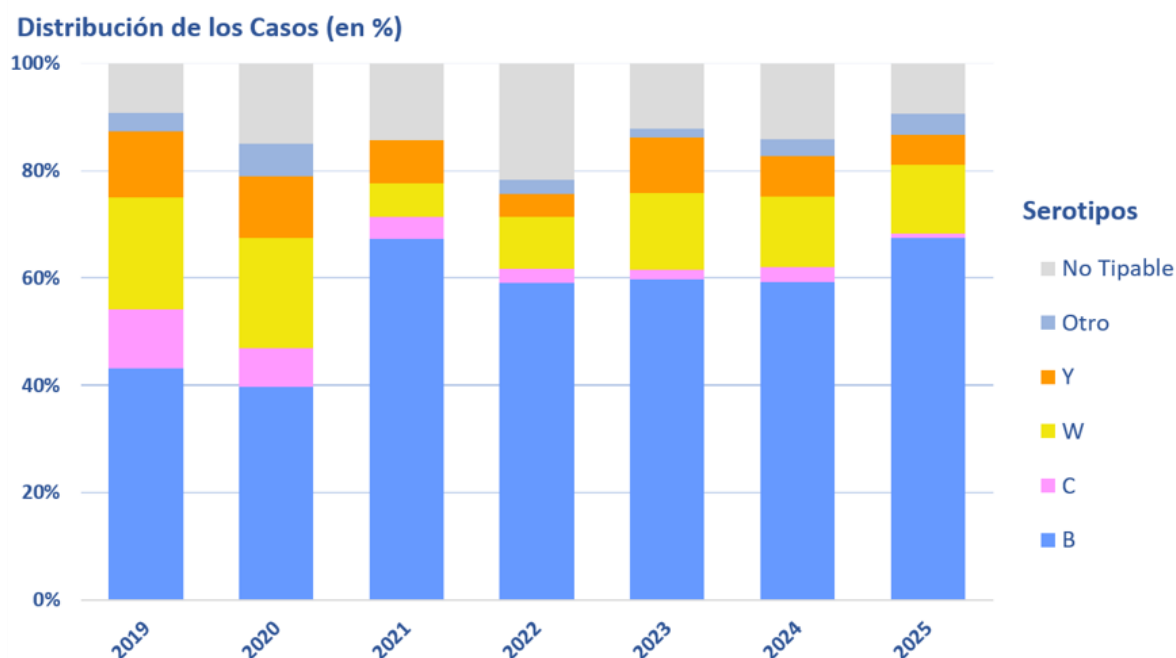
Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

Figura 8. Evolución temporal de los casos de EMI por serogrupo notificado (en N) EMI España 2019 – 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

Figura 9. Evolución temporal de los casos de EMI por serogrupo notificado (distribución en %). EMI España 2019 – 2025

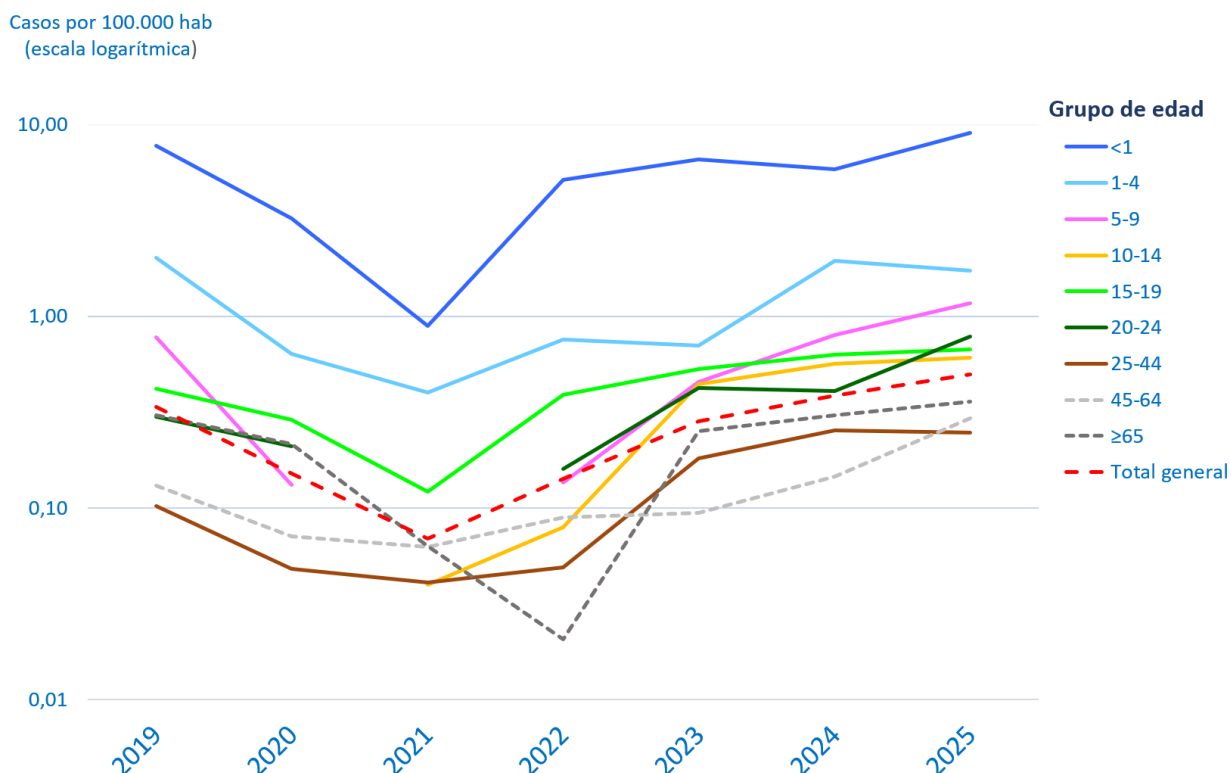


Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

Las Figura 10 y la Tabla 7 muestran la evolución temporal de los casos de EMI por MEN B por grupo de edad: en IA (Figura 10) y en valores absolutos desde 2019 hasta 2025.

Figura 10 muestra la evolución de la IA de la EMI por MEN B por grupo de edad desde el año 2019. A lo largo de los años analizados, la IA más alta se registró siempre en los menores de 1 año, seguidos del grupo de 1 a 4 años.

Figura 10. Evolución temporal de los casos de EMI serogrupo B por grupo de edad (en IA, escala logarítmica). EMI, España 2019 – 2025



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

En cuanto a la evolución de la EMI por MEN B por grupo de edad tras la pandemia, la recuperación de la IA comenzó con los grupos de edad 10-14, 15-19, 20-24 y 25-44 años que, ya en 2023 registraron IA semejantes a las pre-pandémicas. Continuó en 2024 para los grupos de edad de 5-9, 45-64 y ≥65 años y en 2025 para <1 año. En el grupo de edad de 1-4 año, aunque ha ido registrando valores en signo creciente, las IA continúan por debajo a los valores registrados prepandemia. Figura 11.

Tabla 7. Evolución temporal de los casos de EMI serogrupo B por grupo de edad (N). EMI, España 2019-2025

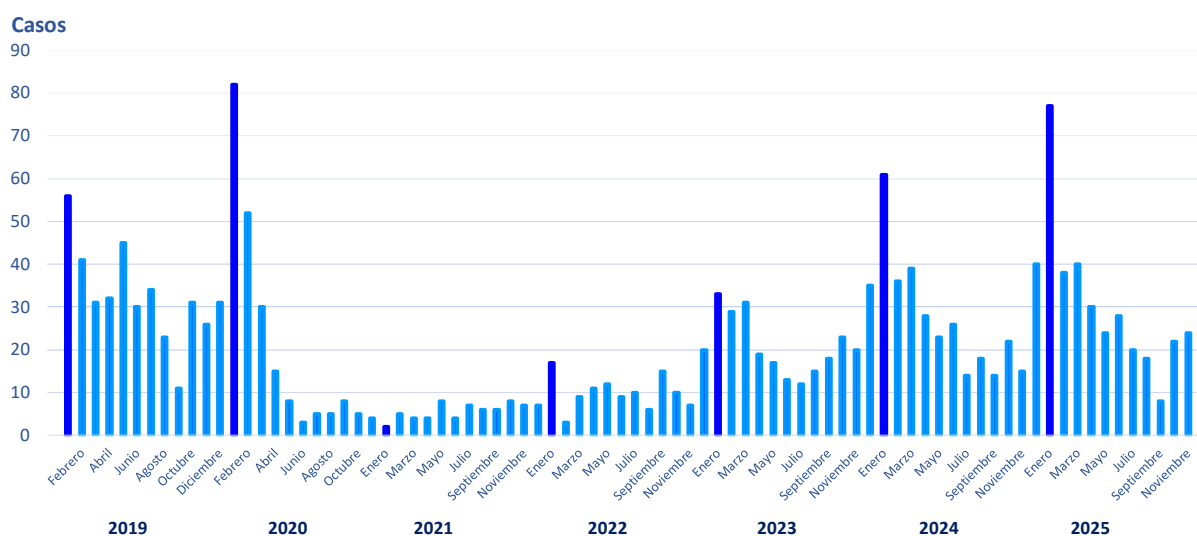
Grupo de edad (en años)	2019	2020	2021	2022	2023	2024	2025
<1	28	11	3	17	21	19	29
1-4	33	10	6	11	10	27	24
5-9	18	3	0	3	10	17	25
10-14	4	0	1	2	11	14	15
15-19	10	7	3	10	14	17	18
20-24	7	5	-	4	11	11	21
25-44	13	6	5	6	22	31	30
45-64	18	10	9	13	14	22	44
≥65	28	20	6	2	25	31	36
Total	159	72	33	68	138	189	242

Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

IV. Estacionalidad.

La EMI presenta típicamente un patrón estacional con un acúmulo notable de casos a principios del año (enero y febrero) y a finales del año (noviembre-diciembre). Únicamente, se vio alterado durante la pandemia y las medidas adoptadas post- Covid-19. A partir de 2023 se ha recuperado plenamente el patrón típico de presentación estacional con predominio de casos de EMI en los meses de invierno. Figura 1

Figura 11. Casos por mes de presentación. EMI, España 2019 – 2025



Fuente: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE

V. Distribución geográfica

La IA de EMI para el conjunto del territorio nacional fue de 0,78 casos por 100.000 habitantes en 2025. Navarra (IA: 1,75), La Rioja (IA: 1,53), País Vasco (IA: 1,38), Murcia (IA: 1,32) y Asturias (IA: 1,28) fueron las comunidades que presentaron valores más altos en sus territorios.

Por el contrario, los valores más bajos se registraron en Extremadura (IA: 0,38) e Islas Baleares (IA: 0,48). Las Ciudades Autónomas de Ceuta y de Melilla no notificaron ningún caso. Tabla 8 y Figura 11

La IA de EMI notificada en España en 2024 fue 0,68 casos por 100.000 habitantes. Las comunidades autónomas que presentaron las IA más altas fueron: Asturias (1,38), País Vasco (1,25), Galicia (0,99), Murcia (0,95) y La Rioja (0,92). Por el contrario, las IA más bajas se registraron en Aragón (0,15) y Extremadura (0,38). Las Ciudades Autónomas de Ceuta y de Melilla tampoco notificaron ningún caso en 2024. Tabla 8

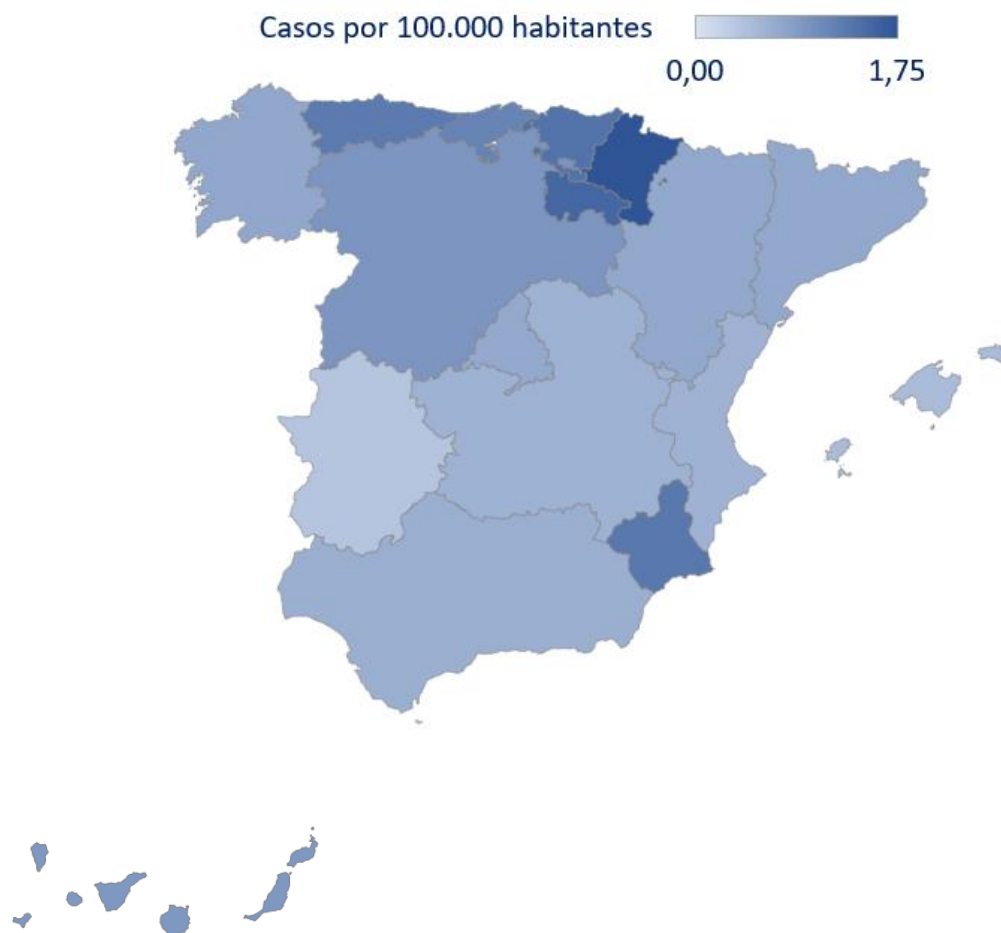
Para el conjunto del territorio, la IA experimentó un incremento general del 12,6% en 2025 versus 2024. Las comunidades que sufrieron un mayor incremento en la IA fueron Aragón (79,8%) y Navarra (58,3%). Por el contrario, Galicia (-35,0%) y las Islas Baleares (-17,2%) fueron las CCAA dónde más descendió la IA en 2025 con respecto a 2024.

Tabla 8. Casos e IA por Comunidad Autónoma. España 2024 – 2025

Comunidad Autónoma	2024		2025	
	Casos	IA	Casos	IA
Andalucía	59	0,68	56	0,65
Aragón	2	0,15	10	0,73
Asturias	14	1,38	13	1,28
Balears, Illes	7	0,56	6	0,48
Canarias	14	0,62	21	0,93
Cataluña	36	0,44	59	0,73
Ceuta	0	0,00	0	0,00
Castilla La Mancha	13	0,61	13	0,61
Cantabria	4	0,67	7	1,18
Castilla y León	19	0,79	23	0,96
Extremadura	4	0,38	4	0,38
Galicia	27	0,99	20	0,74
Madrid	54	0,76	51	0,72
Melilla	0	0,00	0	0,00
Murcia	15	0,95	21	1,32
Navarra	5	0,73	12	1,75
País Vasco	28	1,25	31	1,38
La Rioja	3	0,92	5	1,53
C Valenciana	32	0,59	33	0,61
Total, general	336	0,68	385	0,78

Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

Figura 12. IA de EMI por Comunidad Autónoma. España 2025



Fuentes: Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). CNE
Instituto Nacional de Estadística. Poblaciones anuales a 1 de enero

Conclusiones y Recomendaciones

I. Calidad de la información: completitud de la información individualizada de los casos. EMI, España, 2025

- Con un nivel de cumplimentación próximo al 100%, para la mayoría de las variables esenciales la calidad de la información notificada en 2025 es muy buena. Si bien, aún es mejorable la recogida de información acerca del Serogrupo de *N. meningitidis* así como el estado previo de vacunación. Conocerlas es esencial para una oportuna valoración de los programas de vacunación.

II. Características de los casos de EMI, España, 2025

- Durante el año 2025, se notificaron 385 casos de EMI (más frecuente en mujeres: 1,2 mujeres por cada hombre). La EMI ocurre en todos los grupos de edad. El 40% de los casos se dio en el grupo de edad de 45-64 años y en personas de ≥ 65 años
- Las IA más elevadas corresponden a los niños: [niños < 1 año (IA 10,0), niños de 1-4 años (IA 2,3) y del grupo de 5-9 años (IA 2,5)]
- La meningitis fue la presentación clínica principal en todos los grupos de edad, salvo entre los ≥ 65 , en los que la sepsis fue la presentación más frecuente.
- Se notificaron 30 defunciones (letalidad 7,8%). Casi la mitad de los fallecidos tenían ≥ 65 años. En las mujeres la letalidad destaca en el subgrupo de ≥ 85 años (38,7%), mientras que, en los hombres se concentra tanto en el subgrupo de 65-74 años (26,7%) como en el de ≥ 85 años (37,5%).
- En el 92,7% de los casos confirmados de EMI (357/385) se identificó el serogrupo. El Serogrupo B fue el más frecuente (67,8%), seguido del Serogrupo W (12,9%) y del Serogrupo Y (5,6%). Por grupo de edad, se observa que conforme avanza la edad, disminuye la proporción de EMI producidas por Serogrupo B. El serogrupo W se identifica con más frecuencia en las edades avanzadas. El serotipo Y, se observa preferentemente en adultos, sobre todo a partir de los 65 años.

III. Evolución temporal de EMI, España 1998-2025

Ya, desde 1998, se observa un patrón de presentación de ondas cada 2 -3 años, con tendencia decreciente. 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 ha continuado en ascenso hasta el año 2025. Esta tendencia se observa tanto en hombres como en mujeres.

A lo largo de los años analizados, la IA más alta se registró siempre en los menores de 1 año, seguidos del grupo de 1 a 4 años.

Salvo la primera onda registrada (1996 -1998) que fue debida fundamentalmente a MEN C, la IA anual por MEN B registra los valores más altos en toda la serie, seguida de la IA por MEN C (hasta 2016). A partir de entonces, la IA por W y la IA por Y han superado a la IA por MEN C.

IV. Estacionalidad

- La EMI presenta típicamente un patrón estacional con un acúmulo notable de casos a principios del año (enero y febrero) y a finales del año (noviembre-diciembre).

V. Distribución geográfica

La IA de EMI para el conjunto del territorio nacional en 2025 fue de 0,78 casos por 100.000 habitantes, con un rango que osciló entre 0,38 y 1,75. Navarra, La Rioja y País Vasco fueron las comunidades que presentaron valores más altos en sus territorios. Las IA más bajas se registraron en Extremadura e Islas Baleares. Las Ciudades Autónomas de Ceuta y de Melilla no notificaron ningún caso.

Para el conjunto del territorio, la IA experimentó un incremento general del 12,6% en 2025 respecto a 2024.

VI. Recomendaciones

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.

En abril de 2026, la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud aprobó la última revisión de los protocolos del Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles, incluida la Enfermedad Meningocócica Invasiva, entre cuyos objetivos se cita:

1. Conocer el patrón epidemiológico de presentación de la enfermedad meningocócica invasiva en la población y los principales factores de riesgo asociados a su aparición.
2. Detectar cambios en la presentación de la enfermedad a lo largo del tiempo o en su distribución geográfica.
3. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad en el entorno del caso con el fin de evitar la aparición de casos secundarios.
4. Realizar el estudio epidemiológico a partir de la información de vigilancia, incluida la caracterización fenotípica y/o genotípica del agente causal. Garantizar la calidad de los datos para orientar la prevención y el control.
5. Contribuir a la evaluación y el seguimiento de los programas de prevención y control y difundir sus resultados.

Se debe continuar en la mejora de la calidad de la información de los registros, particularmente proporcionando información del serogrupo y del estado de vacunación de los casos de EMI. Así mismo, resulta fundamental que se implementen sistemas de información interoperables para garantizar una comunicación fluida y eficiente entre diferentes plataformas y aplicaciones. Esto no solo mejorará la colaboración y el intercambio de datos, sino que también optimizará los procesos.

Únicamente la calidad y exhaustividad en los datos de vigilancia permitirá un análisis que se ajuste cada vez más a la realidad, imprescindible para evaluar los programas de vacunación y, en último término llevar a cabo políticas de vacunación flexibles y adaptables a los cambios del patrón epidemiológico de la enfermedad.

Bibliografía

Protocolo de vigilancia de enfermedad meningocócica invasiva. Sistema de Vigilancia de las Enfermedades Transmisibles. Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. 2026. <https://cne.isciii.es/es/servicios/enfermedades-transmisibles/enfermedades-a-z/enfermedad-meningococica-invasora>

Centro Nacional de Epidemiología. Instituto de Salud Carlos III. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Protocolos de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. Madrid, 2013 [PROTOCOLOS DE LA RED NACIONAL DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA](#)

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 https://cne.isciii.es/documents/d/cne/bes_emi_2024

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 [Enfermedad meningocócica invasiva en España en 2023 | Boletín Epidemiológico Semanal](#)

Boletín Semanal en Red. Año 2026. Centro Nacional de Epidemiología. ISCIII. <https://cne.isciii.es/es/web/cne/servicios/enfermedades-transmisibles/objetivos-boletines#BES>

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 2026. https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_Todalavida.pdf

Ministerio de Sanidad. Vacunación específica en personas adultas (≥ 18 años) con condiciones de riesgo. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Calendario recomendado año 2026. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRadultos.pdf

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 2026 Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/vacunaciones/calendario/docs/CalendarioVacunacion_GRinfantil.pdf

Ministerio de Sanidad. Sistema de Información de Vacunaciones (SIVAMIN) <https://pestadistico.inteligenciadegestion.sanidad.gob.es/publicoSNS/I/sivamin/sivamin>

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>

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>