

## MENINGOCOCO

El **meningococo** es una bacteria que produce enfermedades graves, denominadas **invasivas**:

- **Meningitis**
- **Sepsis**
- **Artritis** y otras.

Existen diversos **grupos de meningococo**. Los grupos A, B y C son responsables del 80-90% de casos y los Y y W-135 del resto. Se dispone de vacunas eficaces contra el meningococo A, C, Y y W-135, pero no contra el B.

- El A es más frecuente en África, O. Medio y Sudeste Asiático
- El B en Europa y Norteamérica
- El C en Sudamérica aunque ha aumentado de forma importante en Europa y Norteamérica.

### Los casos

Más de la mitad de los casos de enfermedad meningocócica ocurren en **menores de 19 años** y sobre todo en **menores de 5**, con un pico **entre los 6-24 meses**.

La **transmisión** se produce por vía respiratoria de persona a persona, a partir de portadores sanos que albergan el meningococo en su nariz o garganta pero no enferman. Otras veces desde una persona que sufre la enfermedad. La posibilidad de su transmisión es proporcional al número de portadores existentes, normalmente un 5-10% de la población, aunque en épocas de epidemia pueden ser muchos más. En comunidades cerradas pueden sobrepasar el 50%.

En **España** la enfermedad meningocócica se presenta en forma de ondas epidémicas, la última entre 1971-1986, con máxima incidencia en 1979. Desde 1988 se mantiene la incidencia baja.

### La enfermedad

Tras una incubación de pocos días la **enfermedad meningocócica** puede presentarse como:

- **Meningitis**: Infección grave de las membranas que recubren el sistema nervioso central.
- **Sepsis**: Infección grave, a menudo fulminante, generalizada por vía sanguínea.
- **Meningitis y sepsis** simultáneamente.
- **Bacteriemia oculta**: Circulación del germen la sangre, resolviéndose habitualmente sin problemas, pero en otras ocasiones evoluciona a meningitis y/o sepsis o se produce una siembra del microorganismo en otros órganos.
- **Otras**, menos frecuentes: neumonía, conjuntivitis, artritis...

**La clínica** suele ser aguda (a menudo fulminante, falleciendo el paciente en pocas horas o días), con fiebre elevada, malestar general y rápida alteración del estado general.

Si hay **meningitis**, aparece dolor de cabeza, signos de disfunción del sistema nervioso central, rigidez de nuca y eventualmente convulsiones y coma.

Si hay **sepsis**, es frecuente una **erupción hemorrágica** en forma de pequeños o grandes elementos de color púrpura en la piel, signos de **disfunción de distintos órganos, y shock** (caída de la tensión arterial, la circulación periférica y la función renal). El **fallecimiento** puede producirse en pocos días o incluso horas.

El diagnóstico es clínico y puede no ser evidente al principio del cuadro. Se confirma por análisis y cultivo de sangre y del líquido cefalorraquídeo (líquido que rodea al cerebro y médula espinal y se obtiene por punción en la zona lumbar).

Incluso con tratamiento rápido y adecuado en la Unidad de Cuidados Intensivos, la mortalidad es alta (2-5%) y pueden quedar las secuelas neurológicas en los supervivientes (2-5%).

El riesgo de transmisión intrafamiliar de la enfermedad es 400-800 veces mayor que en la población general. Por ello se recomienda el empleo preventivo (quimioprofilaxis) de antibióticos (normalmente rifampicina) en los contactos íntimos de los enfermos, para eliminar el meningococo de la nariz y faringe de los que sean portadores y evitar así casos secundarios. Las indicaciones precisas las dictará el profesional sanitario o los técnicos de la Administración responsable, pero suelen incluir:

- Todos los contactos familiares.
- Los contactos íntimos de un caso en la guardería (en la práctica suele indicarse en todos).
- Los contactos en la escuela, según el número de casos aparecidos y su extensión en distintas aulas escolares.

La medicación debe administrarse lo antes posible tras conocer el contacto, idealmente en las primeras 24 horas, y probablemente sea ya inútil dos semanas después de la exposición.

### **Vacunas antimeningocócicas conjugadas**

La asociación (conjugación) de una proteína transportadora al polisacárido capsular del meningococo C ha permitido obtener vacunas eficaces contra este germen, capaces de inducir una respuesta en menores de 2 años y de proporcionar memoria inmunológica. La protección que confieren es prolongada y reforzable mediante sucesivas dosis de esta vacuna.

## ¿Cuándo está indicada?

Sus **indicaciones** incluyen la vacunación:

- **Sistemática** en lactantes, niños y adolescentes.
- Individuos incluidos en determinados **grupos de riesgo**.
- De **contactos íntimos**, no vacunados previamente, de un caso de enfermedad por meningococo C

Es una vacuna **muy eficaz**, obteniéndose niveles de anticuerpos protectores en el 98-99% después de la segunda dosis y casi en el 100% tras la tercera. Se supone que confiere protección a largo plazo.

Los **efectos secundarios** son relativamente frecuentes pero moderados y limitados a 1-3 días tras la administración:

- **Locales:** enrojecimiento, dolor o tumefacción en el punto de inyección.
- **Generales:** fiebre, irritabilidad, cefalea, mialgia, somnolencia.

Sus **contraindicaciones** son las habituales para las vacunas: enfermedad febril aguda o hipersensibilidad conocida a alguno de sus componentes.

La administración previa de vacuna polisacárida A+C no supone una contraindicación para la administración de la vacuna conjugada.

El **calendario de vacunaciones sistemáticas** incluye esta vacuna:

Dos dosis a los 2 y 4 ó 6 meses Una dosis en el segundo año
--

Los niños que empiezan o reanudan la vacunación más tarde, precisan distinto número de vacunas según la edad en que la inicien:

Edad de inicio de la vacunación	Número de dosis necesarias
Antes del año	Dos*, y otra en el segundo año de vida
12 meses, adolescentes y adultos	Una sola dosis
* Si hay tiempo de administrar 2 dosis separadas al menos un mes	

## Vacunas antimeningocócicas de polisacáridos

Actualmente su utilidad resulta limitada por su débil capacidad inmunógena (escasa estimulación de las defensas), su ineficacia en niños pequeños y no proporcionar memoria inmunológica que permita al organismo enfrentarse al germen en posteriores contactos tiempo después.

En nuestro país sólo existe vacuna frente al meningococo A+C. Las dos comercializadas están constituidas por polisacáridos de los meningococos A y C y son equivalentes. Fueron las utilizadas durante la campaña vacunal contra el meningococo C efectuada en España en 1997.

### ¿Cuándo está indicada?

Sus **indicaciones** son:

- Inmunización contra la enfermedad invasiva por **meningococo C** en **mayores de 2 años**.
- Inmunización contra la enfermedad invasiva por **meningococo A** en **mayores de 1 año** (o antes en caso de epidemia).

No se recomienda la inmunización rutinaria sino sólo en las siguientes circunstancias:

**Contacto** con casos esporádicos.

- **Epidemia**.
- **Viajes** a zonas donde es endémica (habitual) o existe una epidemia (un número de casos significativamente mayor de los habituales en esa zona).
- **Individuos de alto riesgo**: determinadas circunstancias que hacen a estos sujetos más vulnerables a las infecciones por este germen.

**En la práctica**, desde que se dispone de las nuevas vacunas conjugadas, mejores contra al meningococo C, su empleo se limita a la prevención de la infección invasiva por el **meningococo A** en caso de:

- **Contacto** con un caso **esporádico** producido por este serotipo.
- **Viajes** a zonas donde es endémica o hay epidemia de enfermedad por meningococo A. El llamado "**cinturón de la meningitis**" incluye la zona del África subsahariana desde el Senegal hasta el Sudán y Etiopía.