

CASOS EDO CORRESPONDIENTES AL MES DE NOVIEMBRE DE 2019 (1)

Editor



NIPO: 076-10-027-2

BOLETÍN EPIDEMIOLÓGICO DE LAS FUERZAS ARMADAS

**INSTITUTO DE MEDICINA PREVENTIVA DE LA DEFENSA
"CAPITÁN MÉDICO RAMÓN Y CAJAL"**
Glorieta del Ejército s/n 28047 Madrid
Teléfono: 914222428

VOL. 17 N° 206 diciembre 2010

INDICE

- Enfermedad Meningocócica. Págs. 1, 2 y 3.
 - Casos declarados EDO noviembre 2010. Pág. 4.

ENFERMEDAD MENINGOCÓCICA

INTRODUCCIÓN

La enfermedad meningocócica es una enfermedad bacteriana aguda, cuyas principales manifestaciones clínicas son la meningitis y la meningococemias. Otras manifestaciones menos frecuentes son neumonía, artritis séptica, pericarditis, uretritis y conjuntivitis. La infección por *Neisseria meningitidis* es la primera causa de meningitis bacteriana en los niños, y la segunda en los adultos en todo el mundo. A nivel mundial, se estima que causa 1,2 millones de casos, y llega a alcanzar una tasa de letalidad del 10%, incluso con un tratamiento adecuado.

La *N. meningitidis* dispone de una cápsula polisacárida que le imprime su carácter virulento, protegiéndola de los agentes defensivos del organismo. La composición bioquímica de esta cápsula determina el serogrupo. Se han descrito 13 serogrupos distintos, siendo seis de ellos (A, B, C, W₁₃₅, X e Y) los causantes del 90% de las meningitis y sepsis provocadas por esta bacteria. Se producen casos esporádicos en todo el mundo. En las zonas templadas, los brotes se dan en los meses de invierno, en situaciones de hacinamiento donde conviven muchas personas (cuarteles militares, residencias de estudiantes, bases militares en Zona de Operaciones, etc.). El serogrupo A es el predominante en África Subsahariana, y los serogrupos B y C son los predominantes en países occidentales. En África, tienen lugar grandes brotes, producidos por los

serogrupos A y W₁₃₅ durante la temporada seca (noviembre-junio), en la zona conocida como "el cinturón africano de la meningitis" (figura 1). Con menos frecuencia aparece el serogrupo Y (emergente en EE.UU.), y recientemente se ha notificado el serogrupo X, en Nigeria y Burkina Faso. En 2000, el serogrupo W₁₃₅, ocasionó un brote importante relacionado con la peregrinación anual a la Meca.



Fig. 1 Áreas de alto riesgo de meningitis meningoocócica

Fuente: OMS

La transmisión se produce por contacto directo de persona a persona, por aerosoles o gotitas de la faringe o nariz de personas infectadas (bien pacientes o bien portadores asintomáticos). No existe reservorio animal ni vectores. El período de incubación de la enfermedad varía entre 2 y 10 días (3-4 días). Se han descrito como factores de riesgo la exposición al humo del tabaco (incluido el



fumador pasivo), la infección gripe y el hacinamiento. La mayor incidencia de la enfermedad se presenta en la infancia, en los menores de 5 años (6-24 meses). La susceptibilidad disminuye con la edad, aunque se incrementa el riesgo entre adolescentes y adultos jóvenes.

MEJIDAS DE PREVENCIÓN

1. Medidas higiénicas. Se basan en la educación sanitaria de la población, evitando el hacinamiento en viviendas y lugares de trabajo. Es particularmente importante en campamentos, centros escolares, establecimientos militares, buques, chabolas etc. Incluso en situaciones de riesgo elevado, deben evitarse las aglomeraciones de personas en conciertos, mitines, actos multitudinarios.

2. Vacunación frente a la enfermedad meningocócica. Desde hace más de 30 años se dispone de vacunas que protegen frente a la enfermedad meningocócica, pero todavía hoy en día no hay vacunas que ofrezcan protección frente a todos los serogrupos patógenos. Actualmente son dos los tipos de vacunas que se emplean: vacunas de polisacáridos y vacunas conjugadas.

VACUNAS DE POLISACÁRIDOS

Se obtienen mediante la conjugación del polisacárido con una proteína portadora de alto peso molecular, lo que induce una respuesta inmunitaria dependiente de las células T, y conlleva una inmunogenicidad mayor en los lactantes y una duración mayor en la protección. Además de la memoria inmunológica inducen una respuesta rápida y eficaz con la exposición al antígeno tiempo después de la vacunación. También se ha comprobado que induce inmunidad a nivel de mucosas, con lo cual disminuye el número de portadores sanos. El tiempo necesario para que se produzca una respuesta de anticuerpos satisfactoria es de 2 semanas.

VACUNAS DE POLISACÁRIDOS SIMPLES

Son vacunas compuestas por polisacáridos lisosomados, purificados y termoestables de los respectivos serogrupos de meningococos. El tiempo necesario para que se produzca una respuesta de anticuerpos satisfactoria es de 2 semanas. Aunque la necesidad de revacunación no ha sido determinada, puede considerarse si persiste la situación de riesgo a los 3-5 años de la primera dosis.

La inmunogenicidad de estas vacunas varía según el serogrupo. La vacuna con el polisacárido A puede administrarse a partir de los 3 meses de edad, pero produce una respuesta inmunitaria baja en los menores de 2 años. El polisacárido C no genera prácticamente ninguna respuesta inmunitaria en los menores de 18-24 meses, pero, al igual que el anterior, mejora la respuesta a medida que aumenta la edad de los vacunados. Además, las revacunaciones repetidas con el componente C y en menor medida con el A, provocan una menor respuesta inmunitológica, cuyo significado clínico no está

claro. La inmunogenicidad de los serogrupos W₁₃₅ e Y es buena por encima de los 2 años de edad, y se observa una importante elevación de los anticuerpos y buen efecto protector.

Tabla 1.- Características de las vacunas de polisacáridos simples.					
Nombre	Meningite A-CB	Antimeningitis simple A-CB	Meningitis	A.C.Y.W ₁₃₅	Meningitis
Composición	Polisacáridos capsulares purificados	Polisacáridos capsulares purificados conjugados en forma de toxo-antígeno A, C, Y, W ₁₃₅			
Pronóstico	A = 50-60% (C = 30-40%)	A = 80-90% (C = 30-50%)	Dosis inicial 0,5 ml IM		
Laboratorio	L.GSK	L.Biocon Pasteur MSD	Aumento de 2-4 años y vacuna	L.GSK	L.Biocon

* Se incluyen vacunas actualizadas en los Centros de Vacunación Móviles.

VACUNAS DE POLISACÁRIDOS CONJUGADOS

Se obtienen mediante la conjugación del polisacárido con una proteína portadora de alto peso molecular, lo que induce una respuesta inmunitaria dependiente de las células T, y conlleva una inmunogenicidad mayor en los lactantes y una duración mayor en la protección. Además de la memoria inmunológica inducen una respuesta rápida y eficaz con la exposición al antígeno tiempo después de la vacunación. También se ha comprobado que induce inmunidad a nivel de mucosas, con lo cual disminuye el número de portadores sanos. El tiempo necesario para que se produzca una respuesta de anticuerpos satisfactoria es de 2 semanas.

Tabla 2.- Características de las vacunas de polisacáridos conjugados.					
Nombre	Meningite	Meningitis	MEVACOP		
Composición	Conjugado capsular C	Conjugado capsular C	Polisacárido capsular C unido a proteína transportadora de toxo-antígeno A (CRM ₁₉₇)		
Prueba	4.Lactantes de 6 a 8 meses:	4.Lactantes de 2 a 3 meses:	Dosis: 0,5 ml a 1 ml		
	3 doses separadas al intervalo de 2-4 meses	2 doses separadas al inicio	Mejor efecto a 6-12 meses		
	4 doses separadas al intervalo de 2-4 meses	2 doses separadas al inicio	2 doses separadas al inicio		
Laboratorio	L'Wohl Firma	L'Novartis	Jefes: mayores de 12 meses y adolescentes: 1 dose	L'Wohl	

se cree que será superior a la de las vacunas de polisacáridos simples.

SITUACIONES DONDE SE ACONEJEA LA VACUNACIÓN CONTRA LA ENFERMEDAD MENINGOCÓICA

PROFILAXIS PREEXPOSICIÓN

1. La vacunación está indicada en las personas incluidas en alguno de los siguientes grupos con riesgo elevado:
 - a) Inmunización de individuos con riesgo elevado de enfermar por serogrupo C.
 - b) Viajes a países industrializados, con casos esporádicos, donde se producen brotes por meningococo C en escuelas, universidades, cuarteles, campamentos, etc. donde conviven adolescentes y adultos jóvenes.
 - c) Viajeros que se dirigen a países del cinturón africano de la meningitis: Gambia, Guinea, Guinea Bissau, Guinea Ecuatorial, Burundi, Kenia, Tanzania, Niger, Nigeria, Chad, Burkina Faso, Mali, Costa de Marfil, Benín, Etiopía, Camerún, Sudán, Senegal, Ghana, Togo, República Centroafricana, Ruanda y Zambia.
 - d) Siendo obligatoria la vacunación de meningitis

NOTA INFORMATIVA: NUEVA VACUNA ANTIMENINGOCÓICA MENVEO®

Próximamente, se va a distribuir a todas las Unidades de las FAS, una nueva vacuna antimeningocócica, denominada Menveo®, (vacuna conjugada contra meningococo de los serogrupos A, C, Y y W₁₃₅ inactivada). que sustituirá a la vacuna antimeningocócica que se estaba utilizando hasta ahora, Menveco® ACWY. Esto es debido a que Menveo® es, hasta el momento, la única vacuna antimeningocócica tetravalente comercializada en España, ya que Menveco® ACWY se adquiere a través de medicamentos extranjeros.

Por tanto, ante la utilización de esta nueva vacuna se adjuntan una serie de recomendaciones:

1. Con respecto a su uso de forma simultánea con otras vacunas, la ficha técnica del producto especifica "Se recomienda que Menveo no sea administrado al mismo tiempo que otras vacunas, especialmente vacunas de virus vivos, a no ser que se considere absolutamente necesario. Las vacunas concomitantes han de ser administradas siempre en distintos lugares de inyección y preferiblemente, en miembros colaterales".

Por tanto, solo cuando fuera absolutamente necesario, se puede administrar Menveo® al mismo tiempo que otras vacunas del calendario básico o específico, siguiendo las recomendaciones generales sobre inmunización¹².

Las vacunas inactivadas, así como las vivas e inactivadas que no se administran simultáneamente, deben separarse entre sí un mínimo de 4 semanas.

2. En cuanto a la necesidad de una dosis de refuerzo de Menveo ni en el momento determinado aún la necesidad de una dosis de refuerzo de Menveo ni en el momento de administración. En el momento que se disponga de datos al respecto se irá informando oportunamente.

Se recuerda que todo el personal militar debe estar correctamente vacunado del módulo básico, según Instrucción Técnica de la Inspección General de Sanidad de la Defensa de 15 de enero de 2008, actualizada el 16 de diciembre de 2009, sobre Vacunaciones en las Fuerzas Armadas. General Recomendaciones on Immunization. CDC, MMWR 2002 /51 (RR02);1-36.

¹²Vaccines 5th edition-Piotkin, p.93

tetralente para obtener el visado de entrada a Arabia Saudí, a los peregrinos a La Meca o Medina, para el Hajj o la Umrah.

e) Se aconseja vacunar de esta enfermedad a personas con asplenia, a personas con déficit de fracciones del Complemento (C5-C9), y a enfermos de Hodgkin u con otras neoplasias hematológicas.

2. En el calendario de vacunación infantil, se utilizan las vacunas de polisacáridos conjugados con el serogrupo C para la inmunización universal de esta población desde los 2 meses de edad. (Vacunación sistemática para todos los nacidos a partir del año 2000).
- Profilaxis postexposición. Contactos íntimos de un caso confirmado de un serogrupo contenido en la vacuna.

Cuando se combinan las vacunas de polisacáridos simples con las conjugadas, el intervalo óptimo de administración varía entre ambas. Si se utiliza primero la vacuna de polisacáridos simples, deben transcurrir seis meses para administrar la conjugada. Si se emplea primero la conjugada, se requieren dos semanas para administrar la de polisacáridos simples.