



ECDC **CORPORATE**

Resumen de las
principales publicaciones
2010

ECDC CORPORATE

Resumen de las principales publicaciones 2010



Cita propuesta: Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades. Resumen de las principales publicaciones 2010. Estocolmo: ECDC; 2011.

Estocolmo, abril de 2011

© Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, 2011.

Autorizada la reproducción, siempre que se mencione la fuente.

Índice

Introducción.....	v
Informes técnicos	1
1 Evaluación del riesgo de fiebre Q.....	1
2 Vigilancia y prevención de las hepatitis B y C en Europa	3
Documentos de orientación del ECDC	5
3 Guía de medidas de salud pública frente a los casos esporádicos de enfermedad meningocócica invasora y sus contactos.....	5
4 Prueba del VIH: aumento de su empleo y eficacia en la Unión Europea.....	7
Informes de vigilancia	11
5 Vigilancia de la tuberculosis en 2008.....	11
6 Vigilancia de la gripe en Europa 2008/09 – Desde la semana 40/2008 hasta la semana 39/2009	13
7 Vigilancia de enfermedades bacterianas invasoras en Europa 2007	14
8 Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades transmisibles en Europa 2010.....	17
9 Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en Europa 2009	23
10 Vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA en Europa 2009	25
Informes especiales	27
11 Aplicación de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para combatir el VIH/SIDA en Europa y Asia Central: informe de situación 2010.....	27
12 Análisis de la experiencia de la pandemia de A(H1N1) de 2009 en Europa.....	30
13 Progresos hacia la erradicación de la tuberculosis – Seguimiento del plan de acción marco para combatir la tuberculosis en la Unión Europea	33
Anexo: Publicaciones del ECDC en 2010.....	34
Informes técnicos.....	34
Documentos de orientación del ECDC.....	34
Informes de vigilancia.....	34
Informes especiales.....	35
Informes de reuniones.....	35
Informes relativos a misiones	35
Informes técnicos.....	35
Publicaciones regulares.....	36

Introducción

En 2010, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) publicó un total de 35 documentos científicos. Los más destacados son:

- *Annual epidemiological report on communicable diseases in Europe 2010* (Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades transmisibles en Europa 2010), cuarta edición de la publicación anual del ECDC que contiene un completo resumen de los datos de vigilancia de 2008;
- *Tuberculosis surveillance in Europe 2008* (Vigilancia de la tuberculosis en Europa 2008) y *HIV/AIDS surveillance in Europe 2009* (Vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA en Europa 2009), ambos elaborados en colaboración con la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud, que presentan datos sobre la vigilancia de ambas enfermedades en los países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE), así como en los otros 23 países de esa zona;
- *Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report*, (Informe del estado actual de aplicación de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para combatir el VIH /SIDA en Europa y Asia central), un análisis del progreso realizado hasta 2010, basado en datos de 49 países.
- *Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009* (Vigilancia de la resistencia a los antibióticos en Europa 2009). El informe anual de la Red Europea de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos (*European Antimicrobial Resistance Surveillance Network*, Red EARS) es el primero que publica esta Red desde la transición del Sistema Europeo de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos (*European Antimicrobial Resistance Surveillance System*, EARSS) al ECDC el 1 de enero de 2010 y presenta datos europeos de referencia sobre la resistencia a los antibióticos para fines de salud pública.
- *The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience* (La pandemia del virus A(H1N1) de 2009 en Europa: análisis de la experiencia) es un análisis general de la epidemiología y la virología de la pandemia de 2009 en la UE y el EEE.

Se han compilado resúmenes de determinados documentos del ECDC, como los citados antes, para ponerlos a disposición de los responsables de la formulación de políticas en todas las lenguas de la UE además del islandés y el noruego. Los resúmenes reflejan el espíritu de las publicaciones originales, pero puede que en el proceso de resumen se hayan perdido matices importantes. Si el lector desea tener una visión más detallada, deberá consultar el texto completo de los documentos, que se encuentran en: www.ecdc.europa.eu.

Se adjunta un anexo con la lista de todas las publicaciones del ECDC de 2010. A todas ellas se puede acceder a través del vínculo anterior, con una breve descripción de los respectivos contenidos. Algunos informes también se pueden consultar impresos. Para recibir una copia impresa, diríjase a publications@ecdc.europa.eu.

Informes técnicos

1 Evaluación del riesgo de fiebre Q

(Publicado en mayo de 2010).

A instancias de la Comisión Europea, se realizó **una evaluación del riesgo** para analizar cuestiones relacionadas con la fiebre Q y su transmisión a través de la sangre, los efectos en la salud de la fiebre Q crónica y los riesgos para las mujeres embarazadas. Con relación al brote que persiste en los Países Bajos, se pidió también al ECDC que abordara la cuestión de la propagación transfronteriza y la necesidad de mejores sistemas de vigilancia. En la evaluación del riesgo se aplicaron los principios de metodologías basadas en la evidencia, con la definición de términos de búsqueda para cada cuestión, criterios de inclusión y exclusión para los estudios identificados y una valoración de la calidad de los datos. Asimismo, se presentó y debatió una revisión de los mejores datos disponibles con un grupo de expertos en el que había representantes de los Países Bajos, Francia, Alemania, Reino Unido y Estados Unidos. El trabajo se ha realizado de forma simultánea y coordinada con una evaluación del riesgo de fiebre Q realizada por la Autoridad Europea de Seguridad Alimentaria.

La fiebre Q aguda es típicamente una enfermedad leve, autolimitante y parecida a la gripe, aunque a veces se presenta con neumonía, hepatitis y otros síntomas. Lo normal es que responda bien a un tratamiento de dos semanas con doxiciclina.

Coxiella burnetii es una bacteria intracelular obligada que puede transmitirse a través de la **sangre y los tejidos**. El riesgo de transmisión es bajo y solo existe un caso documentado en la literatura médica. Cuando se declara un brote, se debe definir la zona endémica y considerar la necesidad de medidas de seguridad, como una vigilancia activa entre los receptores de sangre y tejidos, la selección de donantes y el análisis de sangre y tejidos para descartar los materiales infectados. En los viajeros que regresen de la zona endémica durante el período de incubación y que presenten bacteriemia asintomática (de cinco a siete semanas), se puede considerar el aplazamiento de la donación de sangre hasta el final de ese período. En los receptores de sangre que presenten un riesgo especial, como los pacientes con valvulopatías cardíacas, se puede considerar un ciclo de antibióticos. Los donantes que hayan tenido una infección aguda por fiebre Q deberán posponer la donación de sangre hasta dos años después de que se confirme la curación de la infección aguda. Las ventajas de la adopción de este tipo de medidas tienen que ser cuidadosamente sopesadas frente a las consecuencias negativas que podrían tener en la disponibilidad de sangre en esa zona. Se debe establecer asimismo una estrategia para la comunicación de riesgos.

La fiebre Q crónica es una complicación grave de la infección de fiebre Q aguda que se presenta en el 2 % de los casos sintomáticos agudos, con una tasa de mortalidad que varía entre el 5 % y el 50 %. El tipo crónico causa endocarditis en grupos de riesgo como personas con antecedentes de valvulopatía cardíaca, válvula protésica o injerto vascular. Los pacientes con cáncer o inmunodeprimidos presentan también un mayor riesgo. La fiebre Q crónica precisa tratamiento durante un año como mínimo y en algunos casos durante toda la vida con más de un antibiótico. En algunos casos es necesaria la sustitución quirúrgica de válvulas cardíacas dañadas.

La eficacia en la detección y el tratamiento de la fiebre Q aguda es la mejor estrategia para evitar los casos crónicos. En el informe se describen tres estrategias posibles: (1) concienciación del personal sanitario y del público sobre la necesidad de identificar a los grupos de riesgo; (2) seguimiento activo con serología de los grupos de riesgo conocidos para la detección y el tratamiento precoces de una infección de fiebre Q aguda; o (3) derivación de todos los pacientes con fiebre Q aguda conocida a ecocardiografía para la búsqueda activa y el seguimiento de casos.

Se reconoce la necesidad de poner en marcha estudios prospectivos de cohortes y ensayos controlados (cuando sea éticamente posible) para obtener datos más sólidos sobre la manera de prevenir e inhibir brotes de fiebre Q en el ámbito de la salud pública, y sobre la manera de diagnosticar y tratar las infecciones agudas y crónicas en el ámbito clínico.

Los datos disponibles sobre la **fiebre Q durante el embarazo** son muy limitados y proceden principalmente de observaciones e investigaciones realizadas en animales domésticos y de laboratorio, estudios de seroprevalencia, casos clínicos y una serie de casos que incluyó a 53 mujeres embarazadas durante un período de 15 años. Los datos actualmente disponibles no permiten cuantificar el riesgo de secuelas graves de la fiebre Q en las mujeres embarazadas frente a la población general (femenina). Se han notificado algunos casos de infección por *Coxiella burnetii* durante el embarazo que tuvieron como resultado un desenlace adverso de la gestación. En algunos de ellos se detectó la presencia de *Coxiella burnetii* en la placenta y los tejidos fetales. Se ha detectado también la presencia de *Coxiella* en la leche materna humana, pero no se ha podido demostrar ningún caso de transmisión al lactante.

Algunos datos sugieren que un tratamiento antibiótico prolongado con cotrimoxazol podría evitar resultados adversos para el embarazo, aunque dichos datos se basan en una serie de estudios sin aleatorización y sin control de los posibles sesgos. Al no disponerse de más datos procedentes de estudios de tratamientos de alta calidad, se recomienda que las mujeres embarazadas con diagnóstico de infección de fiebre Q reciban tratamiento con antibióticos durante todo el resto de la gestación. No obstante, la base científica de esta recomendación es débil y el ECDC recomienda encarecidamente que se realicen ensayos aleatorizados y controlados para obtener datos más fiables.

Se recomienda que las mujeres embarazadas no visiten explotaciones ganaderas en las zonas afectadas. El ECDC no desaconseja la lactancia salvo en casos de enfermedad crónica que demanden un tratamiento prolongado de la madre.

En Australia se produce y comercializa una **vacuna contra la fiebre Q** de células enteras inactivadas con formalina. La vacuna es eficaz, pero requiere una serie de análisis antes de su administración debido a su elevada reactogenicidad en personas con infección previa de *Coxiella burnetii*, lo que la hace más adecuada para la vacunación de grupos específicos de riesgo que para fines de vacunación general.

Los datos disponibles indican que la zona efectiva de **propagación atmosférica** de *Coxiella burnetii* es inferior a 5 km. Por lo tanto, el riesgo de propagación atmosférica desde los Países Bajos se limita a los países vecinos (como Alemania y Bélgica) y a las zonas próximas a los orígenes de los brotes. La vigilancia o búsqueda activa de casos de fiebre Q aguda entre los posibles grupos de riesgo (como mujeres embarazadas y pacientes con válvulas cardíacas o vasculopatías) a escala local y durante un periodo de tiempo limitado se considera un método viable y eficiente para la detección de infecciones agudas. En las zonas cercanas a los brotes epidémicos (≤ 5 km del origen), deben ponerse en marcha campañas de concienciación dirigidas a los profesionales sanitarios. Si la zona afectada se extiende a otros Estados miembros, las autoridades sanitarias públicas responsables tienen que informar a sus homólogos de esos otros países. El intercambio de información entre las autoridades sanitarias y veterinarias facilitará la detección precoz de los brotes. Además, las autoridades sanitarias y veterinarias de ámbito nacional y local deben adoptar las medidas necesarias para frenar los brotes.

2 Vigilancia y prevención de las hepatitis B y C en Europa

(Publicado en octubre de 2010)

Objetivo

Este estudio se llevó a cabo para identificar los sistemas nacionales existentes de vigilancia y los programas de prevención de las hepatitis B y C en la UE/EEE.

Hepatitis B

Vigilancia en Europa

Todos los países indicaron que mantienen un sistema pasivo de declaración obligatoria para la hepatitis B. Quince países tienen un único sistema específico de vigilancia, mientras que cuatro países tienen diferentes sistemas de vigilancia. Los objetivos nacionales de vigilancia son muy similares en los diferentes países, pero las definiciones de caso no siempre se corresponden con los objetivos; ocho países indicaron que aplican la definición de caso de la UE-2008 y tres utilizan la definición de caso de la UE-2002. En total, 21 países utilizan una definición de caso muy parecida a la definición de la UE. Basándose en las distintas definiciones de caso, 28 países declaran casos confirmados y 27 incluyen casos agudos de hepatitis B. En los informes de 17 países se incluyen casos crónicos; los casos asintomáticos se omiten con frecuencia. Veintiséis países recogen datos basados en casos a escala nacional, pero la frecuencia de los análisis varía de un país a otro. En 26 países se recoge un conjunto básico de datos (edad, sexo, lugar de residencia, fecha de aparición de la enfermedad, fecha de notificación), pero en muchos casos no existen datos detallados sobre el riesgo epidemiológico y el efecto de la enfermedad.

Epidemiología en Europa

El número de casos nuevos por 100 000 habitantes notificados en 2007 en 27 países varía entre 0 y 15,0, con una media de 1,5 (Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades transmisibles en Europa 2009. Estocolmo: ECDC; 2009). El número de casos declarados de VHB en los países de la UE/EEE por 100 000 habitantes ha disminuido de 6,7 a 1,5 entre 1995 y 2007. El seguimiento de tendencias y las comparaciones entre países pueden plantear dificultades, ya que los sistemas de vigilancia difieren considerablemente y los cambios recientes pueden afectar a los datos presentados.

La prevalencia de VHB entre la población general varía mucho de un país a otro, con tasas bajas o intermedias de portadores de HBsAg en Eslovaquia (1,6 %), Italia (1 %), Bélgica y Francia (cerca del 0,6 %), Finlandia, Hungría, Reino Unido (todos ellos por debajo del 0,5 %) y Bulgaria (3,8 %). En 24 países se realizan pruebas de detección del VHB en mujeres embarazadas, pero no en Bélgica, Bulgaria, Lituania, Luxemburgo y Rumanía. La prevalencia en mujeres embarazadas varía entre el 1,15 % en Grecia y el 0,14 % en Finlandia. Existen también programas de detección de casos entre los consumidores de drogas inyectables (15 de los 29 países), reclusos (11 países), pacientes que acuden a clínicas de ETS (9 países) y personas con múltiples parejas sexuales (2 países). La prevalencia de VHB entre consumidores de drogas inyectables (CDI) declarada por ocho países fue mayor que entre la población general. La prevalencia entre los CDI varía considerablemente, entre el 0,5 % en Noruega y el 50 % en Dinamarca. En Dinamarca y Alemania, la prevalencia entre los trabajadores sanitarios es igual que entre la población general.

Detección y vacunación

En 22 países se han establecido programas universales de vacunación para lactantes, niños y adolescentes. Siete países (Dinamarca, Finlandia, Islandia, Noruega, Suecia, Países Bajos y Reino Unido) han implantado programas de vacunación selectivos dirigidos a grupos de riesgo. Otros programas de prevención para distintos grupos de riesgo se dirigen normalmente a los de mayor riesgo de VHB por exposición en el trabajo. Existe, además, una gran diversidad de programas de vacunación para grupos de riesgo. Solo la mitad de los países con un programa de vacunación generalizada indicaron unas tasas de cobertura heterogéneas, pero la tasa de cobertura en lactantes (hasta los dos años de edad) parece ser superior al 95 % (excepto en Austria, Malta y Francia).

Hepatitis C

Vigilancia en Europa

Todos los países de la UE/EEE han implantado un sistema de notificación para la hepatitis C (tanto de ámbito nacional como dirigidos a una población específica). En 14 países se ha establecido un sistema específico de vigilancia, pero 15 países utilizan diferentes sistemas de vigilancia para la hepatitis C. Los objetivos nacionales de vigilancia son muy similares en todos los países, pero aparentemente las definiciones de caso no siempre se corresponden con los objetivos. Once países aplican la definición de caso de la UE-2008 y cuatro, la definición de caso de la UE-2002. A pesar de ello, se observa una gran diversidad en la aplicación de las definiciones de caso en los Estados miembros, especialmente en la clasificación de casos. Todos los países incluyen casos agudos

confirmados en sus sistemas de vigilancia¹, y 18 países incluyen también casos crónicos. Algunos países recogen una mezcla de casos, pero no existen marcadores serológicos para diferenciar entre la hepatitis C aguda y crónica, lo que dificulta la interpretación de los datos disponibles en distintos países. Veintiséis países recogen datos basados en casos a escala nacional, pero la frecuencia de análisis varía de un país a otro. Además de la notificación de casos clínicos, 19 países recogen datos de laboratorios como parte de sus sistemas de vigilancia; 10 países no incluyen la notificación de los laboratorios. En 26 países se recaba un conjunto básico de datos (edad, sexo, lugar de residencia, fecha de inicio de la enfermedad, fecha de notificación), pero a menudo se omite información sobre el riesgo epidemiológico y las consecuencias de la enfermedad. La infra notificación parece ser frecuente, debido al carácter asintomático de la enfermedad.

Epidemiología en Europa

El número de casos nuevos notificados por 100 000 habitantes en 2007, según los datos facilitados por 27 Estados miembros, varía entre 0 y 36, con una incidencia media de 6,9 casos por 100 000 habitantes (AER, ECDC 2009). El número de casos de VHC notificados en los países de la UE/EEE por 100 000 habitantes ha aumentado de 4,5 a 6,9 entre 1995 y 2007. La representación gráfica de las tendencias y la comparación de datos entre países resulta difícil y debe hacerse con precaución, porque los sistemas de vigilancia difieren considerablemente y los cambios recientes pueden afectar a los datos presentados. En cuanto al VHC, la interpretación se complica aún más por la naturaleza asintomática de la infección, de forma que las cifras declaradas pueden ser más un reflejo de los métodos de análisis que de la incidencia real y porque no puede hacerse una distinción entre enfermedad aguda y crónica.

Los datos sobre prevalencia del VHC en la población general son bastante escasos; dicha prevalencia varía entre el 2,6 % en Italia en 2007 y el 0,12 % en Bélgica en 2003. La prevalencia relativa notificada por Bulgaria (1,2 %) y Eslovaquia (1,56 %) es alta. Once Estados miembros han facilitado datos de prevalencia entre consumidores de drogas inyectables, que varían entre el 25 % y el 75 %. En 2006–07, Italia notificó la prevalencia más baja (10,8 %–25,6 %) y Noruega la más alta (70 %). Los datos sobre la prevalencia del VHC se basan en marcadores serológicos para la hepatitis C, pero no se indica el porcentaje de población que es portadora y, por tanto, capaz de transmitir la infección.

Prevención en Europa

La mitad de los países han establecido programas de detección de casos entre grupos de riesgo: 16 países tienen programas para los consumidores de drogas intravenosas y 11 para los reclusos. Sigue sin saberse cuántos países han establecido programas para vigilar la tasa de infección entre los profesionales sanitarios. Parece existir la necesidad de programas de detección dirigidos a grupos de riesgo, a poblaciones a las que resulta difícil llegar y a la población general, pero antes de adoptar ninguna medida se debe realizar una investigación en profundidad, basada en un análisis de la relación coste-eficacia y la disponibilidad de tratamientos eficaces.

Conclusión

En este informe se recaban y analizan datos de 29 países de la UE/EEE sobre la vigilancia de las hepatitis B y C y los programas de prevención. Aunque todos los países disponen de sistemas para recoger datos a escala nacional, difieren en la manera de aplicar las definiciones de caso y el uso que hacen de los datos obtenidos.

La hepatitis vírica es una enfermedad frecuente y a menudo infranotificada, por lo que este informe trata de resumir los últimos datos de prevalencia disponibles a escala comunitaria. La armonización de los datos disponibles sobre vigilancia para facilitar las comparaciones entre países planteará un gran reto en los próximos años.

¹ Se incluyeron en la encuesta los casos agudos confirmados de hepatitis C en Francia solo en 2006 y 2007 y para una población específica, por ejemplo, varones infectados por el VIH que mantienen relaciones homosexuales.

Documentos de orientación del ECDC

3 Guía de medidas de salud pública frente a los casos esporádicos de enfermedad meningocócica invasora y sus contactos

(Publicado en octubre de 2010)

Neisseria meningitidis es una bacteria comensal habitual de la mucosa faríngea humana. Este organismo puede causar una enfermedad meningocócica invasora (EMI) grave que generalmente se manifiesta como meningitis, septicemia o ambas cosas. Lamentablemente, las medidas de salud pública frente a los casos esporádicos de EMI varían mucho en Europa, lo que puede atribuirse en parte a la incertidumbre existente en torno a la eficacia de las medidas preventivas.

La finalidad de este documento es ofrecer una orientación basada en datos científicos que sirva para promover las buenas prácticas en las medidas de salud pública adoptadas frente a los casos esporádicos de enfermedad meningocócica y sus contactos. Otro objetivo es ayudar a los países europeos a tomar decisiones sobre las medidas adecuadas para controlar y prevenir la enfermedad meningocócica en el ámbito nacional y subnacional. Este documento de orientación debería ayudar a los países europeos a reconsiderar sus propias políticas sobre las medidas de salud pública y el diagnóstico microbiológico de esta enfermedad. Aunque los resultados presentados no incluyen recomendaciones para el tratamiento de los trabajadores sanitarios expuestos ni para el control de los brotes declarados en la comunidad, se abordan los siguientes temas importantes:

- Análisis de laboratorio para confirmar el diagnóstico de EMI.
- Uso de antibióticos en el momento del alta hospitalaria.
- Quimioprofilaxis para las personas en contacto directo, considerando diferentes contextos.
- Elección del antibiótico para la quimioprofilaxis en diferentes grupos (adultos, niños, mujeres embarazadas).
- Uso de la vacuna meningocócica además de la quimioprofilaxis.

Además de la calidad de los datos científicos, las conclusiones tienen en cuenta los posibles beneficios y daños, valores, cargas y costes.

Resultados

Las conclusiones se basan en el análisis sistemático y la evaluación crítica de las mejores evidencias científicas actualmente disponibles. Si desea una descripción más detallada, consulte el texto principal del documento.

1. ¿Qué pruebas de laboratorio se recomiendan para hacer un diagnóstico exacto (sensible, específico) y rápido de la EMI?

Tema de investigación: ¿Cuáles son las pruebas de laboratorio más sensibles y específicas para confirmar el diagnóstico de EMI?

- Basándose en evidencias de calidad moderada, se recomienda la reacción en cadena de la polimerasa (RCP) y el cultivo como pruebas diagnósticas de preferencia. Si resulta factible desde el punto de vista logístico y económico, los laboratorios microbiológicos que realicen el diagnóstico de la enfermedad meningocócica deben tener acceso a la prueba de la RCP. Basándose en evidencias de escasa calidad, siempre que se haya iniciado ya un tratamiento antibiótico, la prueba de la RCP con biopsia/aspirado de la piel como muestra complementaria a la sangre/líquido cefalorraquídeo (LCR) puede aumentar la sensibilidad del diagnóstico en pacientes con lesiones cutáneas.

2. ¿Se deben administrar antibióticos, además de los utilizados en el tratamiento clínico, a un caso de EMI en el momento del alta hospitalaria?

Tema de investigación: ¿Es eficaz la administración de antibióticos a un caso de EMI para evitar la transmisión y prevenir casos secundarios en el momento del alta hospitalaria, en comparación con la no administración de antibióticos en el momento del alta?

- La calidad de la evidencia disponible a favor y en contra de la administración de antibióticos a un caso de EMI en el momento del alta hospitalaria es bastante baja. Sin embargo, basándose en evidencias de calidad moderada sobre la eficacia de la quimioprofilaxis cuando se administra a personas en contacto directo, y

considerando el coste relativamente bajo de la intervención, se recomienda la administración de antibióticos para evitar la transmisión si es que no forman ya parte del tratamiento.

3. ¿Se debe administrar quimioprofilaxis a las personas que compartan el mismo techo o mantengan un nivel equivalente de contacto con un caso de EMI?

Tema de investigación: ¿Qué eficacia tiene la quimioprofilaxis administrada a las personas que compartan el mismo techo con un caso de EMI para la prevención de nuevos casos entre esos contactos?

- Basándose en evidencias de calidad moderada obtenidos en estudios observacionales, se recomienda la administración de quimioprofilaxis con antibióticos para evitar la transmisión a las personas que compartan el mismo techo con un caso de EMI.

4. ¿Se debe administrar quimioprofilaxis a niños o estudiantes que acudan al mismo centro preescolar, escolar o universitario que un caso de EMI?

Tema de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la quimioprofilaxis administrada a personas en contacto con un caso de EMI en centros preescolares, escolares y universitarios para la prevención de nuevos casos?

- Basándose en evidencias de escasa calidad, se recomienda la administración de quimioprofilaxis a los niños que acudan al mismo centro preescolar que un caso de EMI, dependiendo de la evaluación del riesgo. El hecho de acudir a la misma escuela o universidad que un caso de EMI no debe ser por sí solo una indicación para la quimioprofilaxis.

5. ¿Se debe administrar quimioprofilaxis a personas que hayan bebido del mismo vaso que un caso de EMI?

Tema de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la quimioprofilaxis administrada a personas que hayan bebido del mismo vaso (o mantenido un contacto similar, como por ejemplo, compartido el mismo cigarrillo o usado los mismos cubiertos para comer) que un caso de EMI para prevenir la aparición de nuevos casos entre esos contactos?

- Basándose en evidencias de escasa calidad, el hecho de compartir bebidas o cigarrillos, o mantener un contacto similar con un caso de EMI no debe ser, por sí solo, una indicación para la quimioprofilaxis.

6. ¿Se debe administrar quimioprofilaxis a las personas que hayan compartido el mismo vehículo de transporte (por ejemplo, avión, barco, autobús, coche) con un caso de EMI?

Tema de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la quimioprofilaxis administrada a contactos que hayan compartido el mismo medio de transporte con un caso de EMI para la prevención de futuros casos entre esos contactos?

- Las evidencias disponibles actualmente son de muy mala calidad y no permiten cuantificar el riesgo de transmisión en distintos medios de transporte. No se ha confirmado ningún caso secundario en ese contexto. El hecho de compartir el mismo medio de transporte con un caso de EMI no debe ser, por sí solo, una indicación para la quimioprofilaxis.

7. ¿Qué tratamientos antibióticos deben recomendarse como quimioprofilaxis en adultos, niños y mujeres embarazadas?

Tema de investigación: ¿Qué tratamientos antibióticos son más eficaces para evitar la transmisión en adultos, niños y mujeres embarazadas?

- Basándose en evidencias de calidad moderada o alta, se permite la administración de rifampicina, ciprofloxacino, ceftriaxona, azitromicina y cefixima como profilaxis en adultos y niños. Ninguno de estos tratamientos parece ser superior a los demás, pero el ciprofloxacino, la azitromicina y la ceftriaxona pueden administrarse en una sola dosis. Se ha descrito aparición de resistencia tras la administración de rifampicina.

8. ¿Se debe ofrecer también una vacuna antimeningocócica, si procede, a los contactos de un caso de EMI que recibe quimioprofilaxis?

Tema de investigación: ¿Cuál es la eficacia de la vacunación, además de la quimioprofilaxis, en personas que compartan el mismo techo con un caso de EMI en la prevención de futuros casos entre dichos contactos?

- La calidad de las evidencias disponibles es muy reducida y las siguientes conclusiones se basan en evidencias indirectas. Si un caso de enfermedad meningocócica está causado por una cepa susceptible de prevención mediante una vacuna disponible autorizada, se debe ofrecer dicha vacuna además de quimioprofilaxis a las personas que compartan el mismo techo a menos que ya se consideren inmunes.

4 Prueba del VIH: aumento de su empleo y eficacia en la Unión Europea

(Publicado en octubre de 2010)

Alcance y objetivo de este documento de orientación

El objetivo de este documento de orientación basado en evidencias científicas es facilitar información como base para la formulación, la vigilancia y la evaluación de estrategias o programas nacionales de detección del VIH en los países de la Unión Europea (UE) y el Espacio Económico Europeo (EEE).

¿Por qué es importante hacerse la prueba del VIH?

En Europa, el número de infectados por el VIH sigue aumentando y en muchos países se ha descrito un problema de diagnóstico tardío. Existen evidencias claras de que el tratamiento precoz reduce la morbimortalidad, pero muchas personas infectadas por el VIH siguen sin diagnosticarse hasta muy avanzado el proceso de infección. La infección por el VIH puede cursar casi sin síntomas durante muchos años, por lo que la prueba de detección es la única forma de establecer un diagnóstico precoz y poder derivar cuanto antes a los pacientes a tratamiento y asistencia. Las personas que obtienen un diagnóstico precoz pueden evitar también con una mayor probabilidad la transmisión del virus a otras personas, tanto por la menor infectividad del virus cuando reciben tratamiento, como por cambios en la conducta sexual y el consumo de drogas inyectables. La prueba del VIH y el tratamiento de las mujeres embarazadas son medidas eficaces para prevenir la transmisión de madre a hijo. Así pues, el diagnóstico precoz del VIH comporta grandes beneficios tanto para la persona como para la comunidad, y es una prioridad crítica para la salud pública.

Principios fundamentales de las estrategias nacionales de detección del VIH

La prueba del VIH debe ser voluntaria, confidencial y realizada siempre con consentimiento informado

Se debe facilitar a toda la población el acceso a pruebas de detección voluntarias y hacer un esfuerzo especial para garantizar dicho acceso a los grupos de mayor riesgo y más vulnerables frente al VIH. Se debe insistir a las personas ocultas o marginadas de la sociedad para que se hagan la prueba de detección del VIH, pero nunca coaccionándolas y siempre respetando la confidencialidad.

Se debe garantizar el acceso a tratamiento, asistencia y servicios de prevención

El principal beneficio que se deriva de la prueba de detección del VIH es el acceso a tratamiento. Las estrategias nacionales de detección del VIH deben basarse en un acceso universal garantizado a tratamiento y asistencia, así como a servicios de prevención y de apoyo, con unos procesos de derivación de pacientes claramente establecidos.

Se debe demostrar compromiso político

Si se pretende conseguir algo, es necesario que las autoridades sanitarias otorguen prioridad al programa de detección del VIH. Este programa debe recibir apoyo financiero y someterse a controles para garantizar que los fondos se utilicen de una manera eficaz con relación al coste.

Se debe reducir el estigma

El estigma asociado al VIH constituye un obstáculo a la hora de hacerse la prueba del VIH, especialmente en comunidades que están ya de por sí estigmatizadas y entre los profesionales sanitarios. La «normalización» de la prueba, esto es, el establecimiento de un procedimiento más parecido al de otras pruebas de detección y diagnóstico, puede ayudar a neutralizar ese estigma, aunque la prueba tiene que seguir siendo voluntaria.

Se deben eliminar los obstáculos legales y financieros

Las estrategias para la detección del VIH deben encontrar la manera de superar las barreras legales y financieras que disuaden a los interesados de hacerse la prueba. Son barreras, por ejemplo, la penalización de la transmisión del VIH, o la necesidad de pagar el tratamiento cuando no se tienen los medios. A excepción de la obligatoriedad de la prueba en donaciones de sangre y tejidos, se debe considerar la adopción de legislación y políticas antidiscriminación para que la prueba no se pueda imponer obligatoriamente a ningún grupo y en ningún contexto.

La prueba del VIH debe formar parte integrante de las estrategias nacionales

Cualquier estrategia nacional para la prevención y el tratamiento del VIH, otras infecciones de transmisión sexual (ITS), la hepatitis vírica, la tuberculosis y otras enfermedades indicadoras del VIH, tiene que incluir pruebas de detección del VIH, dirigidas a los grupos oportunos, como uno de sus componentes esenciales. Se deben identificar también las oportunidades para mejorar el acceso y la aceptación de la prueba confidencial voluntaria de detección del VIH, como parte de otras estrategias nacionales relevantes, como las dirigidas a las mujeres embarazadas, los consumidores de drogas, los trabajadores del sexo o los profesionales sanitarios en los centros penitenciarios.

Se debe formular y poner en práctica una estrategia de detección del VIH con la participación de las partes interesadas

Se debe utilizar la información disponible sobre el VIH y otras cuestiones relacionadas a escala nacional y local para definir claramente las necesidades que deben recibir más atención, todo ello articulado en un conjunto de objetivos y metas estratégicos de manera que todos los implicados o afectados tengan una visión común. La formulación de la estrategia exige la participación de todas las principales partes interesadas para crear una coalición en torno a unos objetivos compartidos, incluidas las personas infectadas por el VIH, los representantes de las comunidades más afectadas, la sociedad civil, los servicios de prevención, los profesionales con experiencia en las pruebas de detección del VIH y otros que intervengan en la puesta en práctica de la estrategia.

Formulación de una estrategia nacional para la detección del VIH

¿Quién debe hacerse la prueba?

Se debe conocer bien la epidemia e identificar a los grupos de máximo riesgo. La eficacia de una estrategia nacional para la detección del VIH dependerá de que se conozca bien la epidemia en el ámbito local y nacional. Los programas de detección del VIH deben tratar de llegar a los grupos con riesgo de infección y dar prioridad a los de mayor riesgo.

Para conocer mejor la epidemia y las tendencias en el tiempo a escala regional y nacional, se deben analizar los datos de vigilancia y otra información relevante, como la referida al VIH no diagnosticado o diagnosticado tarde. Algunos grupos tienen un riesgo especial de infección por el VIH, como los varones que mantienen relaciones homosexuales, los consumidores de drogas inyectables, los inmigrantes, sobre todo los procedentes de países con mayor prevalencia; las parejas sexuales de personas pertenecientes a todos esos grupos; y los hijos de madres infectadas por el VIH. En muchos casos estas subpoblaciones de riesgo están ocultas y estigmatizadas. Tendrán que realizarse encuestas especiales para conocer las tasas de infección por el VIH en esos grupos, los porcentajes que se someten a pruebas de detección del VIH y los conocimientos, actitudes y conductas relevantes para obtener información que sirva como base para intervenciones dirigidas a aumentar la aceptación de las pruebas de detección del VIH.

Se deben analizar también otros datos complementarios sobre las ITS, las conductas relacionadas con el sexo y el consumo de drogas inyectables en la población general, así como en grupos de riesgo para el VIH.

¿Dónde debe hacerse la prueba?

Se debe considerar la logística

Se debe planificar la manera de implantar el programa de detección del VIH y resolver las posibles dificultades logísticas. Algunos aspectos que deben considerarse son el funcionamiento del sistema de asistencia sanitaria y su gratuidad, la debida preparación de los servicios comunitarios, de asesoramiento y apoyo, el modo de garantizar que existan los procesos asistenciales necesarios para garantizar el acceso a tratamiento para el VIH, y la manera de garantizar la confidencialidad.

Se debe ofrecer la prueba en distintos contextos

Se debe hacer uso del conocimiento de la epidemia y los grupos de riesgo para tomar decisiones fundadas acerca de los contextos en los que debe ofrecerse la prueba del VIH. Se debe considerar también quién tiene acceso actualmente a las pruebas del VIH y en qué contextos. Debido a las diferentes necesidades y las barreras para acceder a la prueba, se debe ofrecer una amplia gama de servicios para optimizar el acceso. Se deben identificar las medidas necesarias para crear nuevos servicios o modificar las prácticas actuales en los centros sanitarios o los servicios comunitarios. Se debe evaluar la posibilidad de relajar las normas que puedan suponer un obstáculo para el acceso a la prueba en contextos comunitarios, como el uso de pruebas en el punto de asistencia o la obligatoriedad de la prueba solo para profesionales específicos, sin comprometer con ello la calidad de la prueba.

Dónde debe ofrecerse la prueba del VIH

- Servicios especiales de detección del VIH, que garanticen un acceso fácil y seguro a la prueba del VIH sola o en combinación con otros análisis.
- Contextos en los que debe ofrecerse la prueba del VIH a todo el mundo: servicios para personas de riesgo (servicios de ITS, servicios para CDI); servicios prenatales; servicios de diagnóstico clínico y tratamiento de enfermedades indicadoras del VIH; y otros contextos en los que se constata o sospeche una elevada prevalencia de infección por el VIH sin diagnosticar.
- Cualquier otro contexto sanitario en el que las personas puedan solicitar la prueba o los profesionales deban estar dispuestos a ofrecerla y mantenerse vigilantes para saber en qué casos es necesaria.
- Centros de análisis en la comunidad, incluidos los servicios comunitarios, para poder llegar a las personas con un alto riesgo de VIH que puedan estar ocultas o marginadas, sin contacto con los servicios sanitarios tradicionales. Estos servicios deben crearse con la participación de los grupos destinatarios.

¿Cuándo debe hacerse la prueba?

Debe proporcionarse orientación sobre la frecuencia de la prueba

Es recomendable que las personas que sigan mostrando conductas de riesgo se hagan la prueba con una mayor frecuencia. Por ejemplo, en algunos países se recomienda que los varones que mantienen relaciones homosexuales se hagan la prueba una vez al año o con una mayor frecuencia dependiendo de su comportamiento sexual. El documento de orientación publicado por el Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías (OEDT) recomienda ofrecer la prueba a los consumidores de drogas inyectables por lo menos una vez cada 6 a 12 meses.

¿Cómo debe realizarse la prueba?

Se debe concienciar al público general

Para que soliciten y acepten la prueba del VIH, la población general, y especialmente los grupos con mayor riesgo de infección por el VIH, tiene que conocer sus beneficios. Se necesita una estrategia de comunicación que haga uso de diferentes canales. Para concienciar a la población, se puede recurrir al apoyo de líderes de opinión visibles y de alto nivel, como políticos, dirigentes y personalidades de la comunidad, así como a una cobertura favorable y veraz en los medios de comunicación.

Se debe garantizar la confidencialidad

La confidencialidad es un principio fundamental de la asistencia sanitaria, pero debido a la estigmatización del VIH y de las conductas a través de las cuales se transmite la infección, en el caso de la prueba de detección del VIH tiene una importancia crítica. En este terreno, se deben seguir las recomendaciones de los profesionales y cumplir los requisitos legales de cada país. La falta de confianza puede obstaculizar el acceso a los servicios de detección del VIH. Unas políticas claras sobre la confidencialidad y la publicidad de dichas políticas en los centros que ofrecen la prueba pueden ayudar a superar este obstáculo. La prueba del VIH tiene que ser ofrecida y comentada en privado. Siempre debe existir la opción de una prueba anónima.

Se debe concienciar a los profesionales e impartir formación a los trabajadores

La concienciación, la confianza y la competencia de los profesionales para ofrecer la prueba del VIH pueden mejorar con formación. La prueba del VIH puede ofrecerla cualquier profesional sanitario debidamente formado y capacitado, y para conseguir una mayor aceptación hará falta que esos profesionales se sientan seguros y con autoridad para ofrecerla. Con una formación adecuada y garantías de calidad, otros trabajadores podrán también ofrecer la prueba del VIH aunque no sean profesionales sanitarios. El personal sanitario tiene que conocer también los beneficios de la prueba del VIH y superar los obstáculos que interfieren con su capacidad y disposición a ofrecerla. Entre esos obstáculos están la falta de confianza, las dificultades para hablar sobre sexo o comportamientos estigmatizados, la ansiedad ante la perspectiva de tener que comunicar un resultado positivo y las actitudes discriminatorias hacia las personas de riesgo o afectadas por el VIH.

Se debe mantener una breve conversación antes de la prueba

Se ha demostrado que una breve conversación antes de la prueba, para comentar sus beneficios, sus aspectos prácticos y sus resultados, es bien aceptada y eficaz para ayudar a aumentar su aceptación. El objetivo principal es conseguir el consentimiento informado, que debe documentarse, aunque no necesariamente por escrito. Así se ha hecho con otras investigaciones médicas y forma parte de la normalización de la prueba del VIH. No es necesario obtener una historia detallada sobre prácticas sexuales o consumo de drogas inyectables antes de ofrecer la prueba del VIH. Sin embargo, en algunos casos o en servicios que cubran la salud sexual o el consumo de drogas, puede que esté indicada una breve evaluación del riesgo o un asesoramiento más extenso antes de la prueba; por ejemplo, en el caso de que continúe la exposición al riesgo. Este tipo de asesoramiento debe ofrecerse siempre y el personal debe conocer el procedimiento para derivar a la persona a asesores cualificados.

Se deben usar tecnologías adecuadas para la prueba

Se deben identificar las pruebas del VIH disponibles y evaluar sus respectivos beneficios en diferentes contextos, incluidas las pruebas rápidas (en el punto de asistencia). Las tecnologías utilizadas evolucionan constantemente y se debe recurrir a los expertos para que asesoren y analicen cada cierto tiempo las opciones disponibles. Se deben confirmar todas las pruebas reactivas y seguir las directrices de la OMS al respecto. Para garantizar unas prácticas de alta calidad y la normalización y fiabilidad de los métodos utilizados, es esencial que existan unas directrices nacionales para la aplicación de un nivel mínimo de aseguramiento de la calidad en las pruebas diagnósticas.

Se deben dar siempre los resultados

Se debe hacer todo lo posible para asegurar que las personas que se hayan sometido a una prueba de VIH sean informadas de los resultados, tanto si son positivos como negativos. Cuando se tengan que comunicar resultados positivos, habrá que asegurarse de disponer de personal adecuado que pueda asesorar a la persona y derivarla a servicios adecuados de apoyo y tratamiento de la infección por el VIH. Las personas con un alto riesgo de VIH que obtengan un resultado negativo en la prueba pueden también beneficiarse del asesoramiento y la derivación a servicios adecuados de prevención.

Se debe asegurar el acceso a tratamiento, asistencia y prevención de la infección por el VIH

Acceso a tratamiento con antirretrovirales

Es fundamental que todos los programas de detección del VIH tengan mecanismos claros para garantizar que las personas que obtengan un resultado positivo reciban tratamiento y asistencia para la infección por el VIH. Toda la población debe tener acceso a tratamiento con antirretrovirales en Europa. La imposibilidad de costearse el tratamiento no debe ser un impedimento para acceder al mismo, y es necesario encontrar soluciones para superar esta barrera que impide el acceso universal. Deben existir procedimientos para la derivación de los pacientes desde todos los centros que realicen la prueba del VIH, de manera que las personas que obtengan un resultado positivo en dicha prueba puedan acudir rápidamente a la consulta de un especialista. En dicha consulta se debe evaluar el momento más idóneo para iniciar el tratamiento con antirretrovirales y la necesidad de asistencia y apoyo médico y social.

Acceso a apoyo psicosocial y servicios de prevención

Las personas que obtengan un resultado positivo en la prueba deben tener acceso inmediato a apoyo psicosocial. Si el resultado es positivo, la derivación del paciente a asistencia especializada debe incluir el acceso a apoyo para la prevención de la transmisión del VIH en el futuro. Para las personas que obtengan un resultado negativo debe disponerse de un procedimiento de derivación a servicios de asesoramiento y apoyo para la prevención de la infección por el VIH cuando siga existiendo un riesgo significativo de exposición o cuando así lo solicite la propia persona.

Seguimiento: vigilancia y evaluación

La vigilancia y la evaluación (V+E) es un componente esencial de un programa de detección del VIH y garantiza que el programa sea adecuado para los fines pretendidos y asegure una prueba de detección del VIH de alta calidad. Un sistema de V+E correctamente diseñado servirá como base de información para las políticas, mejorará la calidad y la eficacia de las intervenciones y, por tanto, orientará la futura asignación de recursos al programa. Los datos de los sistemas nacionales de vigilancia incluyen los nuevos diagnósticos y la proporción de sujetos que presentan infección tardía. Las estimaciones de los casos no diagnosticados son importantes para vigilar la repercusión de un programa. La ampliación de la prueba a nuevos contextos precisará un sistema robusto de vigilancia y evaluación que garantice en todo momento un alto nivel de calidad. La evaluación del éxito de las intervenciones locales para promover la prueba del VIH se basa en cinco criterios: viabilidad, aceptabilidad, eficacia y eficacia con relación al coste; alcance de poblaciones de destino y sostenibilidad. Unos indicadores claros, bien definidos y cuantificables pueden ayudar a vigilar estos criterios y proporcionan un método normalizado para la presentación de los resultados obtenidos a escala local e (inter)nacional.

Informes de vigilancia

5 Vigilancia de la tuberculosis en 2008

(Publicado en marzo de 2010)

Desde el 1 de enero de 2008, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Oficina Regional para Europa de la OMS han coordinado conjuntamente las actividades de vigilancia de la tuberculosis (TB) en Europa. El objetivo es garantizar unos datos normalizados y de alta calidad sobre la TB en los 53 países de la Región Europea de la OMS y en Liechtenstein.

La Región Europea de la OMS

En 2008 se notificaron 461 645 casos de tuberculosis (52,2 casos por 100 000 habitantes) en 50 de los 54 países de la Región Europea², lo que representa aproximadamente el 6 % de los casos de TB notificados en todo el mundo a la OMS. Las tasas totales de notificación de TB en la Región Europea han seguido aumentando desde 2004. Sin embargo, las tasas totales de notificación de TB en 18 países de alta prioridad (PAP)³ disminuyeron un 3,9 % con respecto al año anterior, al 87,6 % de todos los casos de tuberculosis, y en el conjunto de la región, la tasa total de notificación se redujo en un 2,6 % entre 2007 y 2008. La disminución en un 4 % respecto a 2007 en la notificación de casos nuevos detectados de TB indica que se ha reducido la propagación de la tuberculosis en la región. El porcentaje de casos tratados previamente ha disminuido también desde 2007, de un 31,7 % a un 29,8 %.

El grupo de edad con el mayor número de casos (42,0 %) de nuevos casos detectados de TB en la región es de 25-44 años.

El número de casos notificados de TB coinfectados con VIH casi se ha duplicado, de 5 828 en 2006 a 11 395 en 2008, debido al aumento del número de personas que se someten a la prueba como parte de unos servicios reforzados de asistencia para el VIH en pacientes con tuberculosis en los PAP. No se observó un aumento apreciable en el número de coinfecciones de VIH notificadas fuera de los PAP durante ese período.

En toda la región, el número total de casos notificados de tuberculosis multirresistente (TB MR) en 2008 se ha multiplicado por dos desde el año pasado debido al perfeccionamiento de las pruebas de sensibilidad a los medicamentos, y la prevalencia de TB multirresistente entre los nuevos casos de TB fue del 11,1 %. La mayor incidencia de casos de TB multirresistente en la región se encuentra en los PAP, con una prevalencia del 13,8 % entre los casos nuevos diagnosticados, cinco veces mayor que la prevalencia notificada en la UE/EEE y por encima del 50 % entre los casos tratados previamente, una proporción que es más del doble que la de la UE/EEE.

La tasa de éxito del tratamiento entre los nuevos casos detectados y confirmados de TB en el laboratorio en 2007 se ha reducido al 70,7 % (en comparación con el 73,1 % de los casos registrados en 2006); el 9,0 % se notificaron como fracasos del tratamiento, el 8,4 % fallecieron y el 6,9 % abandonaron el tratamiento. La tasa de éxito del tratamiento en los países no pertenecientes a la UE/EEE es menor que en la UE/EEE:

el 67,5 % en comparación con el 79,5 %, respectivamente. En los 18 PAP, el tratamiento tuvo éxito únicamente en el 69,2 % de los nuevos casos detectados de TB confirmada en el laboratorio, un porcentaje muy alejado del objetivo del 85 % establecido en la Estrategia para la erradicación de la tuberculosis.

La tasa de mortalidad por TB ha disminuido en un 45 % : de 9,0 casos por 100 000 habitantes en 2005 a 5,0 casos por 100 000 habitantes en 2007. Se observaron reducciones proporcionales similares en la UE/EEE y también en los PAP. Sin embargo, la mortalidad en los PAP siguió siendo casi 15 veces mayor que en la UE/EEE.

Países de la Unión Europea y del Espacio Económico Europeo⁴

En 2008 se notificaron 82 611 casos de TB en 26 países de la Unión Europea (UE) (todos excepto Austria) y en otros dos países del Espacio Económico Europeo (EEE) (Islandia y Noruega), lo que supone una disminución de

² No se dispone de datos sobre Mónaco, San Marino, Austria ni Liechtenstein; en este informe se incluye a Liechtenstein, pero aparece solo como un país del EEE, no como un Estado miembro de la Región Europea de la OMS.

³ Armenia, Azerbaiyán, Bielorrusia, Bulgaria, Estonia, Georgia, Kazajistán, Kirguistán, Letonia, Lituania, Moldavia, Rumania, Rusia, Tayikistán, Turquía, Turkmenistán, Ucrania, Uzbekistán.

⁴ 27 Estados miembros de la UE, Islandia, Liechtenstein y Noruega.

615 en comparación con 2007. Más del 80 % de los casos ocurrieron en los ocho países que notificaron 3 000 casos o más cada uno (Bulgaria, Francia, Alemania, Italia, Polonia, Rumania, España y Reino Unido).

La tasa total de notificación en 2008 fue de 16,7 por 100 000 habitantes, con tasas menores de 20 por 100 000 en 21 países y mayores de 20 por 100 000 en Rumanía (115,1), los Estados Bálticos—Lituania (66,8), Letonia (47,1) y Estonia (33,1) - Bulgaria (41,2), Portugal (28,2) y Polonia (21,2). La tasa total de notificación fue un 1,2 % menor que en 2007 (en los 28 países notificantes), lo que refleja una tendencia descendente neta en 17 países.

Sin embargo, se observaron aumentos importantes en Malta (28,8 %), Islandia (19,8 %) y Chipre (12,2 %), así como algunos aumentos en Suecia (4,9 %) y el Reino Unido (2,8 %), en su mayoría casos de origen extranjero. En 2008, el 22,4 % de los casos (intervalo de los países: 0-88 %) se dieron en personas de origen extranjero, más de dos tercios de las cuales eran originarias de Asia o África.

La prevalencia de VIH en los casos de TB aumentó entre 2006 y 2008 en Estonia (del 9,0 % al 9,9 %), Letonia (del 3,4 % al 6,7 %) y Malta (del 3,7 % al 9,4 %). En el resto de los países que presentaron datos, la prevalencia del VIH entre los casos de TB fue del 1 % o inferior en seis países, del 2-5 % en otros tres países, del 5-8 % en dos países y del 14,6 % en un país.

La tuberculosis multirresistente siguió siendo más frecuente en los países bálticos (multirresistencia combinada: 15,6 %–21,3 %), seguidos de Rumanía, que presentó resultados por primera vez (14,7 %). Otros países notificaron porcentajes más bajos de multirresistencia (0 %–5 %), siendo eso generalmente más habitual en los pacientes de origen extranjero. De los 14 países que refirieron ultrarresistencia, Rumanía notificó las cifras más altas (54 casos en total), mientras que Letonia y Estonia tuvieron el porcentaje más alto de casos de tuberculosis ultrarresistente entre los casos de multirresistencia (14,7 y 12,2 %, respectivamente), registrándose en Letonia un marcado aumento de los casos de ultrarresistencia en comparación con 2007, de 6 a 19 (del 6,1 % al 14,7 %).

Veintidós países presentaron datos sobre el seguimiento de los resultados del tratamiento en los casos confirmados de TB pulmonar en 2007. Entre los casos de TB pulmonar confirmados con cultivo y sin tratamiento previo, el 79,5 % obtuvo un resultado satisfactorio. Los resultados de eficacia fueron significativamente menores entre los casos de TB tratados previamente (51,8 %) y entre los casos de TB pulmonar confirmada con cultivo y multirresistente a los 24 meses (30,9 %).

6 Vigilancia de la gripe en Europa 2008/09 – Desde la semana 40/2008 hasta la semana 39/2009

(Publicado en mayo de 2010)

La temporada de la gripe 2008/09 en Europa comenzó en la semana 48/2008, duró aproximadamente 10 semanas en todos los países afectados y finalizó en la semana 16/2009 después de que el pico de actividad hubiera cruzado el continente de oeste a este. Las proporciones semanales específicas de cada (sub)tipo de muestras centinela positivas para la gripe mostraron dos picos superpuestos, siendo sustituido el virus de la gripe A(H3N2) inicialmente dominante por el virus de la gripe B como el más prevalente después de la semana 8/2009. Se demostró que los virus circulantes de la gripe A(H3N2) y A(H1N1) estaban estrechamente emparentados desde el punto de vista antigénico con los componentes correspondientes incluidos en la vacuna de la gripe para la temporada 2008/09 en el hemisferio norte, mientras que la mayor parte de los virus B aislados eran virus de la estirpe Victoria que no se correspondían con el componente de la vacuna B, un virus de la estirpe de Yamagata. Pero dada la prevalencia relativamente baja de virus B observada esta temporada, es poco probable que esa falta de correspondencia haya tenido alguna importancia para la salud pública.

Los casos de gripe A(H1N1) pandémica de 2009 empezaron a aparecer en Europa en la semana 16/2009. En la semana 39, el número total de casos confirmados era de 53 658 en el conjunto de los Estados miembros de la UE, Islandia, Liechtenstein y Noruega, con 175 muertes en 14 países. Los datos basados en casos indicaron que los pacientes tenían entre 0 y 90 años (mediana: 19 años), el 78 % eran menores de 30 años y los escolares entre 5 y 19 años de edad representaban el 47 % de todos los casos. La inmensa mayoría de los casos (96 %) no presentaban ninguna otra patología médica previa. Entre los pacientes con patologías previas, la enfermedad pulmonar crónica fue la más frecuente, estando presente en el 30 % de los casos. La neumonía se citó como complicación en el 0,6 % de las infecciones de gripe pandémica, el porcentaje total de hospitalización fue del 13 % y el 0,03 % de los casos tuvieron un desenlace fatal.

La Red europea integrada de vigilancia clínica y virológica de la gripe (EISN) demostró ser eficaz para la rápida detección del comienzo de la temporada de gripe 2008/09, para vigilar su evolución y para describir sus principales características virológicas. Los primeros virus de gripe pandémica de 2009 detectados en pacientes no centinelas y centinelas tardaron en confirmarse una y tres semanas respectivamente después de conocerse los primeros casos en Europa. En cambio, la vigilancia con centinelas para la enfermedad pseudogripal (EPG) y la infección respiratoria aguda (IRA) solo detectó un aumento claro 10 semanas más tarde. Incluso en la semana 39/2009, cuando ya se habían notificado casos de gripe pandémica en todos los Estados miembros de la UE, Islandia, Liechtenstein y Noruega, solo en 9 de los 29 países que informaban a la red EISN se había observado un aumento de la actividad de EPG/IRA por encima de los valores basales.

Mientras que mayor sensibilidad precisaría un mayor número de médicos centinela, hace falta resolver también otras deficiencias sistemáticas. Los cambios recomendados en el sistema de vigilancia de la gripe en Europa son:

- seguir reforzando la notificación normalizada de la intensidad, la propagación geográfica y las tendencias de la EPG y la IRA;
- ampliar la vigilancia de la EPG y la IRA con vigilancia de las infecciones respiratorias agudas graves (IRAG);
- introducir umbrales epidémicos normalizados para la vigilancia de centinelas de EPG/IRA;
- seguir reforzando la vigilancia de la mortalidad por cualquier causa a escala europea y publicar periódicamente los resultados.

7 Vigilancia de enfermedades bacterianas invasoras en Europa 2007

(Publicado en octubre de 2010)

En este informe se describe la epidemiología de las enfermedades bacterianas invasoras causadas por *Haemophilus influenzae* y *Neisseria meningitidis* en los Estados miembros de la Unión Europea en 2007. Se pidió a puntos de contacto designados en cada país que facilitaran datos utilizando la versión modificada de la base de datos de infecciones bacterianas invasoras (IBI) creada en 2008 a partir de la anterior base de datos de EU-IBIS. Esta base de datos contiene información basada en casos sobre variables epidemiológicas y de laboratorio, y se divide en un conjunto básico de variables aplicables a todas las enfermedades de declaración obligatoria en la UE y un conjunto de datos avanzados de variables específicamente referidas a las infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae* y a la enfermedad meningocócica invasora. Para facilitar la presentación de los datos, los Estados miembros recibieron formación en línea en junio de 2008, y se puso a su disposición videos didácticos complementarios y otros materiales antes de solicitarles los datos.

De los 30 Estados miembros de la UE/EEE, 27 presentaron datos sobre las infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae* y 29 presentaron datos sobre la enfermedad meningocócica invasora.

Infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae*

- En 2007 se notificaron un total de 2 058 casos de infecciones invasoras por *Haemophilus influenzae*. Las tasas de notificación variaron según el Estado miembro, siendo mayores en los países nórdicos que en el resto de Europa y con una tendencia al alza sostenida. Sin embargo, la mayoría de los países no llegaron a un 1 caso por 100 000 habitantes. Las tasas totales de notificación más altas se han dado en lactantes menores de un año (3 por 100 000, 118 casos). Aunque las tendencias entre los lactantes disminuyeron considerablemente en relación con el serotipo b entre 1999 y 2007 (de 3 casos por 100 000 habitantes a 1 caso por 100 000), aumentaron en las cepas no encapsuladas, pasando de 1,5 a 2,5 casos por 100 000 durante ese mismo período.
- El 67 % de todas las infecciones invasoras por *H. influenzae* notificadas en 2007 estuvieron causadas por cepas no encapsuladas. El aumento del número de cepas no encapsuladas notificadas a lo largo de los años podría atribuirse en parte a una mejora de la identificación de los casos y a una mayor sensibilidad de los sistemas de vigilancia, que también se han documentado en varios Estados miembros. No obstante, en los últimos años se ha observado en la UE un aumento real del número de serotipos notificados que no están cubiertos por la vacuna (cepas no encapsuladas con un serotipo distinto al b). La introducción de la vacuna conjugada contra el tipo b de *H. influenzae* (Hib) ha ocasionado un aumento en la proporción de infecciones por *H. influenzae* atribuibles a cepas con un serotipo distinto al b debido a la disminución de las infecciones por Hib. Sin embargo, a diferencia del programa de vacunación conjugada antineumocócica, no existen indicios coherentes o fundados que indiquen que la vacunación masiva contra Hib en los lactantes haya ocasionado la sustitución de serotipos en la transmisión o en la enfermedad. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha publicado recientemente un documento de posición sobre las vacunas conjugadas contra Hib en el que concluye que «hasta la fecha, la sustitución de cepas bacterianas no ha sido una característica destacada en la vacunación masiva contra el Hib».
- En cuanto a las cifras absolutas notificadas, parece apreciarse una tendencia hacia grupos de mayor edad. Cuarenta y seis por ciento de los casos notificados en 2007 correspondieron a adultos mayores de 65 años; ese resultado es compatible con un estudio estadounidense en el que se pone de relieve el aumento de la incidencia de infección invasora por *H. influenzae* entre 1996 y 2004. Las características epidemiológicas de *H. influenzae* han cambiado también, pasando de ser una enfermedad que afectaba principalmente a los niños y estaba dominada por el serotipo b, a una enfermedad que afecta sobre todo a adultos y está dominada por cepas no tipificables.
- En 2007, el 60 % de los casos ocurrieron en personas vacunadas, como suele observarse en poblaciones con una elevada cobertura de vacunación. Entre la población totalmente vacunada, la mayoría eran niños de 1–4 años, mientras que los menores de 1 año representaron el 27 % de los casos. Con los datos disponibles, no se sabe si los casos observados pueden clasificarse como fracasos reales de la vacuna, y se necesita más información para seguir explorando esta cuestión. Se ha obtenido algo más de información sobre este tema en un estudio realizado por la red IBIS de la UE en el que se analizó el fracaso de la vacuna frente a la Hib por medio de un sistema nacional de vigilancia entre 1996 y 2001 en Europa, Israel y Australia, y se describieron las características clínicas y analíticas en una población amplia y diversa con diferentes calendarios de vacunación.

En el Reino Unido, la reaparición de la enfermedad causada por el Hib como consecuencia del fallo de la vacuna ha sido objeto de numerosos informes.

Enfermedad meningocócica invasora

- En 2007, se notificaron en la UE/EEE 5 583 casos de enfermedad bacteriana invasora causada por *N. meningitidis*, con una tasa total de notificación de 1,12 casos por 100 000 habitantes. Las tasas de notificación variaron entre los Estados miembros, siendo mayores en Irlanda y el Reino Unido (RU) que en el resto de Europa, si bien en ambos países se aprecia una tendencia a la baja sostenida. Aparte de esos dos países, otros seis Estados miembros tienen tasas de notificación superiores a 1 caso por 100 000 habitantes (Bélgica, Dinamarca, Países Bajos, España, Lituania y Malta). Los lactantes y los niños siguieron experimentando el mayor número de casos de enfermedad meningocócica invasora, con el 50 % de los casos notificados en niños menores de 10 años. Las tasas más altas observadas en niños menores de un año se notificaron en Irlanda y el Reino Unido, con tasas de 74,5 y 46,6 por 100 000 habitantes, respectivamente.
- Al igual que con *H. influenzae*, la heterogeneidad de los casos notificados puede atribuirse a una serie de posibles causas: mejora de la sensibilidad de los sistemas de vigilancia; variación en los tipos de presentaciones clínicas objeto de vigilancia (es decir, septicemia, meningitis o ambas) en cada Estado miembro; diferencias en las definiciones de caso aplicadas; diferencias en las capacidades de los laboratorios; o diferencias en las prácticas clínicas para obtener muestras precoces de sangre para cultivo. Por ahora, el Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) no dispone de un análisis serio de los motivos principales de esas diferencias y, por consiguiente, recomienda precaución cuando se comparen tasas de notificación por grupos serológicos y edades entre distintos países.
- El porcentaje de casos sin datos sobre el serogrupo sigue siendo elevado, especialmente en los países de Europa oriental. No obstante, la identificación de los serogrupos ha mejorado con los años, habiendo disminuido considerablemente el número de casos con serotipo desconocido en los últimos cinco años, de 1 448 en 2003 a 559 en 2007. En 2007, el serogrupo B fue el notificado con más frecuencia como causa de la enfermedad meningocócica invasora en Europa, representando en torno al 90 % de todos los serogrupos notificados entre niños menores de 4 años. En países con vacunación para el meningococo C (MCC) existe un gran predominio de casos B en todos los grupos de edad y, sobre todo, en los grupos de menos de un año y de entre uno y cuatro años de edad (73 % y 81 % de los casos, respectivamente), que son el objetivo habitual de los programas de vacunación contra el serogrupo C.
- En los países con vacunación MCC, la proporción de casos provocados por el serogrupo C ha disminuido considerablemente en los primeros años desde que se introdujo la vacuna en sus calendarios oficiales de vacunación, sobre todo en los grupos que son objetivo de los programas de vacunación. La proporción de casos causados por el serogrupo C parece aumentar con la edad, lo que obedece probablemente a la escasa cobertura de la vacuna en los grupos de más edad, así como a la menor eficacia de la vacuna después del año del programa de inmunización primaria.
- La información sobre la serotipificación y la serosubtipificación de las cepas está aumentando debido a la adopción de tecnologías moleculares en un número cada vez mayor de países. Sin embargo, el número de muestras que son objeto de serotipificación y serosubtipificación sigue siendo pequeño y la interpretación de estos resultados debe hacerse con precaución. El mayor número de muestras serosubtipificadas se notificó en Francia, Reino Unido y Bélgica.

Conclusiones principales

En general, la incidencia de ambas enfermedades sigue disminuyendo, sobre todo entre niños de corta edad que son el objetivo de las campañas de vacunación. Sin embargo, a escala europea, el número de casos causados por serotipos y serogrupos no cubiertos por las vacunas está aumentando y afecta también a niños de corta edad, lo que hace necesaria una estrecha vigilancia de esta tendencia.

Puesto que la cobertura de la vacunación es alta con ambas vacunas, es posible que algunos casos se den en personas vacunadas. Lamentablemente, no se han recogido datos suficientes como para hacer un análisis en profundidad de los posibles fracasos de la vacuna, ni para sacar alguna conclusión sobre la proporción de casos que ocurren entre la población vacunada en países con y sin vacunación. Eso se debe a que la proporción de datos omitidos sobre el estado de vacunación es muy alta y no se dispone de información sobre la fecha de nacimiento, el número de dosis recibidas y la fecha de la última dosis. Además, el conjunto de variables consideradas (como fecha de nacimiento y número y fechas de dosis administradas) no incluye aún toda la información necesaria para poder declarar que la vacuna es un fracaso.

Para facilitar la comparación de los datos entre los países participantes, se precisan unos métodos de laboratorio más normalizados para la identificación de los casos y la aplicación local de una misma definición de caso para fines de vigilancia. Los métodos de genotipificación serán cada vez más asequibles para los países europeos y de esta forma mejorará el conocimiento de los datos de vigilancia; de todos modos, hace falta una colaboración más estrecha entre laboratorios y centros epidemiológicos a escala tanto nacional como europea. En este sentido, en 2008 se adjudicó a un consorcio de instituciones europeas coordinadas por la Universidad de Würzburg, Alemania, una licitación llamada «Vigilancia de laboratorio y aseguramiento externo de la calidad (AEC) de enfermedades

bacterianas invasoras en la UE», y el proyecto está ahora en su segundo año de actividad. Su objetivo no es solo el AEC y la formación, sino sobre todo el refuerzo y la armonización de las capacidades de los laboratorios en los Estados miembros, así como una colaboración más estrecha entre los laboratorios y los institutos de salud pública en la UE. Una de las principales actividades del grupo es promover el uso de métodos de tipificación molecular en la vigilancia sistemática.

8 Informe epidemiológico anual sobre las enfermedades transmisibles en Europa 2010

(Publicado en noviembre de 2010)

En este informe se presenta el análisis de los datos notificados en 2008 por los 27 Estados miembros de la UE y tres países del EEE/AELC: Islandia, Liechtenstein y Noruega. Su objetivo principal es utilizar los datos disponibles para identificar las zonas que soportan una mayor carga de enfermedades transmisibles actualmente en la Unión Europea. Esas zonas precisarán una actuación más concertada para reducir, ahora y en el futuro, la carga que soportan la sociedad, la sanidad pública y los sistemas de asistencia sanitaria, así como para aliviar el sufrimiento humano. El informe contribuye a la tarea del ECDC de obtener una base de evidencias para la acción, para ayudar a identificar y compartir prácticas y para sugerir métodos de seguimiento de las intervenciones.

Aunque se han realizado avances importantes en la mejora de la calidad y la comparabilidad de los datos, no debe olvidarse que no se pueden hacer comparaciones directas de las tasas de notificación entre países. Los sistemas de vigilancia son muy diferentes y la relación entre la incidencia declarada o notificada y la incidencia real varía de un país a otro para muchas enfermedades.

Por primera vez, el análisis anual de amenazas vigiladas en la UE se ha publicado por separado⁵.

Resistencia a los antimicrobianos e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria

La amenaza más importante relacionada con las enfermedades en Europa sigue siendo la que imponen los microorganismos que son resistentes a los antimicrobianos. En 2008, 900 laboratorios que prestan sus servicios a más de 1 500 hospitales comunicaron sus datos sobre resistencia a los antimicrobianos de siete microorganismos que son importantes indicadores. Se constató un aumento generalizado en Europa de la resistencia a todas las clases de antibióticos que están bajo vigilancia para la bacteria gramnegativa más frecuente responsable de bacteriemias e infecciones urinarias, *Escherichia coli*. En algunos países se refirió una disminución en la proporción de *Staphylococcus aureus* resistente a la metilina (SARM), si bien las proporciones de SARM se mantuvieron por encima del 25 % en un tercio de los países. La amenaza creciente de la multiresistencia (resistencia a varios antibióticos utilizados habitualmente), que se observa con más frecuencia en algunas bacterias gramnegativas como *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Pseudomonas aeruginosa*, sigue siendo motivo de preocupación.

Durante ese mismo año, se dieron a conocer los datos de vigilancia referidos a 306 621 intervenciones quirúrgicas realizadas en 1 422 hospitales y los datos de 654 hospitales sobre 9 129 episodios de neumonía adquirida en la unidad de cuidados intensivos (UCI) y 4 077 episodios de infección de la sangre adquirida en la UCI. En 2008 se confirmó la tendencia a la baja de las infecciones del foco quirúrgico tras un trasplante de cadera. La distribución de los microorganismos relacionados con infecciones adquiridas en unidades de cuidados intensivos indicó una elevada proporción de enterobacterias resistentes a las cefalosporinas de tercera generación y, especialmente, entre especies de *Klebsiella* y *Enterobacter*.

Enfermedades ambientales y transmitidas por vectores

El brote de fiebre Q comunicado en los Países Bajos entre marzo y diciembre de 2007 resurgió en 2008. Los principales casos ocurrieron durante el período de verano y alcanzaron su máximo en las semanas 25–28 (desde mediados de junio hasta mediados de julio). Otros países europeos como Alemania han comunicado también cambios de tendencia para la fiebre Q y un aumento de los casos en 2008, aunque en menor grado.

De las enfermedades contagiosas en este grupo con consecuencias más graves, como las que pueden presentar manifestaciones hemorrágicas, la fiebre hemorrágica de Crimea-Congo (FHCC) se ha propagado más allá de las zonas endémicas tradicionales en la región de los Balcanes. Grecia notificó su primer caso humano de FHCC en junio de 2008 en la región septentrional del país cerca de una zona endémica conocida. Por otra parte, las actividades de vigilancia reforzada introducidas en Italia después del brote confirmado el año anterior de 217 casos confirmados en laboratorio de fiebre chikungunya indicaron que los casos notificados en la UE/EEE no eran autóctonos, sino todos ellos importados.

⁵ ECDC. Informe anual de amenazas 2009. Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades, Estocolmo, 2010. Disponible en: http://www.ecdc.europa.eu/en/publications/surveillance_reports/Pages/index.aspx

Enfermedades transmisibles por los alimentos y por el agua y zoonosis

Muchas de las enfermedades transmitidas por los alimentos siguen estando claramente infranotificadas debido a la diversidad en la gravedad del cuadro clínico que producen. La campilobacteriosis siguió siendo la causa notificada con más frecuencia de enfermedad gastrointestinal en la UE y el EEE/AELC con una tasa en 2008 (44,1 casos por cada 100 000 habitantes) más o menos similar a la del año anterior. Se trata de un ejemplo típico de enfermedad infraestimada, ya que precisamente de esta infección se sabe que produce poca o ninguna sintomatología y, en consecuencia, un alto grado de infranotificación.

La tasa total de notificación de infección por ECVT/ECST se ha mantenido también relativamente estable en los últimos años (en 0,66 por 100 000 habitantes). Sin embargo, el número de casos notificados que presentaron un síndrome hemolítico urémico aumentó un 42 % en 2008 respecto al año anterior. Al igual que en la salmonelosis y la shigelosis, la tasa más alta de notificación de infección por ECVT/ECST se dio en niños menores de 5 años (4,72 casos por 100 000 habitantes), debido con toda probabilidad a un cuadro clínico más grave en este grupo de edad y la mayor probabilidad de hospitalización con cada infección.

Se ha constatado una disminución gradual de la salmonelosis en los tres últimos años, aunque *Salmonella* siguió siendo la causa de una serie de brotes de origen alimentario a escala internacional, nacional y subnacional en 2008. Debido a un cambio en la presentación de los datos, este informe indica una tasa de fiebre tifoidea mayor que en años anteriores, pero se trata de un artefacto debido a que los datos están más completos, más que a un aumento real. La gran mayoría de los casos de tifus siguen siendo importados por viajeros que regresan de zonas endémicas.

En 2008, la tasa total de notificación de hepatitis A (3,34 casos por 100 000 habitantes) fue ligeramente mayor que en 2007 (2,75 casos por 100 000 habitantes). La tasa de notificación en Letonia aumentó de 0,66 en 2007 a 123 casos por 100 000 habitantes, principalmente como consecuencia de un brote que afectó a toda la comunidad y que se inició entre consumidores de drogas inyectables y personas con pocos ingresos que vivían en condiciones deficientes de higiene, aunque más tarde se propagó al resto de la comunidad. Asimismo, un brote de hepatitis A declarado en la República Checa afectó inicialmente a los consumidores de drogas inyectables, aunque posteriormente se propagó a la población general.

VIH, infecciones de transmisión sexual, hepatitis B y C

La infección por el VIH sigue siendo una de las principales amenazas para la salud pública que representan las enfermedades transmisibles en Europa. El VIH siguió propagándose, con un aumento del 33 % en el número de casos notificados de infección por el VIH, de 4,2 por 100 000 habitantes en 2000 (13 265 casos) a 5,6 por 100 000 habitantes (18 019 casos) en 2008. Esta tendencia es más preocupante si se tiene en cuenta que en la UE/EEE una proporción considerable (se estima que el 30 %) ni siquiera sabe que tiene el VIH. Los datos indican que la mayor proporción de casos de infección por el VIH se diagnosticaron en varones que mantienen relaciones homosexuales (40 %), pero la proporción de transmisión del VIH entre la población heterosexual (29 %) ha aumentado en algunos países de Europa. Una proporción considerable de las nuevas infecciones por el VIH diagnosticadas en la UE se produjeron en inmigrantes de países con epidemia generalizada de VIH (principalmente en el África subsahariana). Por el contrario, a pesar de ciertas limitaciones con los datos, el número de diagnósticos de SIDA parece haber disminuido, salvo en los países bálticos.

La infección por clamidias sigue siendo la enfermedad de transmisión sexual notificada con más frecuencia en la UE/EEE con 335 329 casos confirmados (150 por 100 000 habitantes). La incidencia real de clamidiasis probablemente sea mayor, porque esta infección es especialmente proclive a la infranotificación. Ha seguido aumentando en los últimos 10 años. Se trata de una enfermedad que afecta principalmente a adultos jóvenes, con una tasa de notificación entre la población de 15 a 24 años de edad de 976 casos por 100 000 habitantes; las mujeres jóvenes se ven afectadas con mayor frecuencia que los varones jóvenes.

Aunque la tendencia en el número de casos notificados de hepatitis C se mantiene relativamente estable y las tasas de hepatitis B parecen haber disminuido con respecto a años anteriores, los datos siguen presentando algunas limitaciones. La interpretación de estas tendencias se ve dificultada por diferencias bastante grandes entre los sistemas de vigilancia, los cambios recientes en la declaración de los datos, el elevado número de casos no diagnosticados, las posibles diferencias en las definiciones de caso utilizadas (es decir, diferente uso o interpretación de los marcadores de hepatitis B) y la notificación incompleta en algunos países. Además, algunos países no distinguen en sus informes entre los casos agudos y crónicos de hepatitis B y C; y esto, junto con la elevada tasa de casos asintomáticos, origina un conjunto de datos que no se pueden comparar fácilmente entre países. El ECDC está trabajando para mejorar la vigilancia reforzada de estas infecciones víricas y para armonizar más aún la vigilancia de las hepatitis B y C en toda Europa.

Infecciones respiratorias

Cada invierno, cientos de miles de personas en la UE enferman gravemente y fallecen como resultado de la gripe estacional. La temporada de gripe 2008/09 en Europa comenzó la semana 48/2008, duró aproximadamente 10 semanas en todos los países afectados y finalizó la semana 16/2009, después de un pico de actividad que cruzó el continente de oeste a este y posteriormente de sur a este. La temporada de 2008/09 estuvo dominada primero por el virus de la gripe A(H3N2) y después, en menor grado, por el virus de la gripe B, siendo la cepa A(H3N2) la causa de la mayor parte de las infecciones víricas detectadas. La mayoría de los virus de la gripe B circulantes no se correspondieron con el componente B incluido en la vacuna de la gripe preparada para la temporada 2008/09 en el hemisferio norte. Sin embargo, es poco probable que eso haya tenido alguna importancia para la salud pública, sobre todo por la prevalencia relativamente baja de virus B observada esta temporada. En la semana 19/2009, al final de la «temporada normal», se detectó el primer virus de la gripe pandémica A(H1N1) en una muestra centinela. A eso le siguió la ola pandémica de primavera/verano.

En 2008 se volvieron a declarar brotes de gripe aviar muy patógena y gripe aviar poco patógena notificados en aves en la UE, pero en menor número que en 2007. No se notificó ningún caso humano relacionado con esos brotes.

La tasa de notificación de enfermedad del legionario (legionelosis) en los países de la UE y del EEEU/AELC se mantuvo estable, situándose en 1,2 casos por 100 000 habitantes. El pico de casos notificados en julio observado en años anteriores fue más prolongado en 2008, extendiéndose desde junio hasta septiembre. El número de casos declarados de enfermedad del legionario en viajeros fue menor que en 2007, como lo fue también el número de brotes relacionados con viajes.

Se ha producido un descenso anual medio sostenido en la cifra de casos de tuberculosis (TB) en los últimos cinco años, aunque en 28 países de la UE y del EEE/AELC se siguieron notificando 82 611 casos de TB (tasa de notificación de 16,7 por 100 000 habitantes) en 2008. En la Unión Europea, la TB es más frecuente entre inmigrantes, personas sin hogar, las personas desfavorecidas que viven en el centro de las ciudades, los reclusos, las personas infectadas por el VIH y los consumidores de drogas, pero los datos de 2008 confirman un panorama heterogéneo, con tres categorías epidemiológicas generales:

- países con una baja incidencia, con una concentración cada vez mayor de los casos en la población de origen extranjero y que ocasionalmente notifican un aumento de casos;
- países con tasas de notificación relativamente moderadas o altas que están disminuyendo, con niveles bajos de TB MR; y
- países con tasas de notificación relativamente altas y una elevada proporción de casos de TB MR, pero también con unas tasas totales de TB que están disminuyendo.

Por otra parte, la proporción de casos de tuberculosis multirresistente (TB MR) aumentó del 4 % al 6 % entre 2007 y 2008, principalmente debido a la administración de tratamientos incompletos o mal diseñados. La tasa de éxito terapéutico en la TB MR sigue siendo extremadamente baja, situándose en un 30,9 % para la cohorte de 2006. Aunque todavía se puede mejorar la calidad, la representatividad y la integridad de los datos de resistencia a los fármacos de segunda línea, las cifras confirman que la TB ultrarresistente se ha establecido ya dentro de las fronteras de la UE.

Enfermedades susceptibles de prevención con vacunas

Algunas de las enfermedades susceptibles de prevención con vacunas que tienen consecuencias más graves (como polio, difteria o tétanos) están ya casi erradicadas de la UE/EEE. Otro logro conseguido en casi todos los países de la UE es la eficacia de la vacuna contra la Hib que se ha incorporado a los calendarios oficiales de vacunación. Para el resto de las enfermedades susceptibles de prevención con vacunas, siguen existiendo problemas para ampliar la cobertura en los grupos de la población a los que resulta difícil llegar. Además, las dudas injustificadas que existen sobre la seguridad de las vacunas han rebajado los objetivos establecidos para algunas de estas infecciones, causando brotes localizados que tendrían que haber sido totalmente evitables.

Una de esas enfermedades es el sarampión. El número total de casos de sarampión en los países de la UE y el AELC fue considerablemente mayor en 2008 que en 2007. Ese aumento se debió a los importantes brotes declarados en varios países, notificándose el mayor número de casos en Suiza, Italia, Austria, Francia, Alemania y Reino Unido. Se necesita un firme compromiso político para invertir esta preocupante tendencia.

Por el contrario, el número de casos de rubeola notificados y confirmados en laboratorio disminuyó entre 2007 y 2008. A pesar de la marcada disminución general en el número de casos de infección congénita por rubeola desde que se introdujo la vacunación, siguen existiendo casos esporádicos en Europa. La cobertura subóptima de la vacuna contra el sarampión, la parotiditis y la rubeola puede crear focos de personas susceptibles, seguido de un aumento de esas enfermedades, entre ellas la infección por rubeola congénita.

La tasa de notificación global de enfermedad neumocócica invasora (ENI) fue de 5,2 por 100 000 habitantes en 2008, una de las tasas más alta de todas las enfermedades susceptibles de prevención con vacunas. Los sistemas de vigilancia de ENI que existen en la UE son muy heterogéneos, especialmente en el tipo de sistemas de vigilancia implantados, su cobertura y la definición de caso utilizada; algunos países ni siquiera tienen sistemas de vigilancia. El ECDC está introduciendo en la UE un sistema de vigilancia reforzada, que incluye también vigilancia de laboratorio, para mejorar el seguimiento de las tendencias en los serotipos, sobre todo de los que no están cubiertos por la vacuna.

Conclusiones

Este resumen de los datos y tendencias de 2008 indica que las prioridades para la prevención y el control de enfermedades contagiosas en la UE no han cambiado sustancialmente en los últimos años. Se ha conseguido una cierta disminución de la incidencia y el número de casos en algunas enfermedades gracias a la acción concertada de los Estados miembros en materia de prevención y control, aunque las cifras pueden seguir siendo elevadas en segmentos específicos de la población y en grupos de riesgo. No obstante, siguen existiendo algunos problemas relacionados con las enfermedades infecciosas, en especial los siguientes:

- resistencia a los antimicrobianos;
- infecciones asociadas a la asistencia sanitaria;
- infecciones de transmisión sexual, especialmente las causadas por el VIH y clamidias;
- infecciones respiratorias causadas por la gripe (posibilidad de pandemias y epidemias anuales estacionales), la tuberculosis e infecciones neumocócicas.

Frente a algunas de estas enfermedades se podría reforzar la acción concertada (por ejemplo, con vacunaciones y medidas de control similares) para conseguir que en la UE y, con el tiempo en toda Europa, se declarara su erradicación, como ha ocurrido con otras enfermedades susceptibles de prevención con vacunas. Sin embargo, los Estados miembros de la UE siguen estando lejos de alcanzar los objetivos ya fijados por los programas de erradicación de enfermedades, sobre todo en lo que se refiere al sarampión, cuya tendencia a la baja se ha invertido. Para alcanzar el objetivo de la OMS, es decir, la erradicación en 2010, es necesario mejorar la sensibilidad y la especificidad de la vigilancia de la rubeola. En relación con las infecciones neumocócicas, siguen existiendo dudas sobre la posibilidad de que, tras la introducción de la vacuna, los serotipos cubiertos por la vacuna antineumocócica conjugada puedan ser reemplazados por otros serotipos no cubiertos, como ya ha sucedido en los Estados Unidos.

Los datos de 2008 siguen indicando que la resistencia a los antimicrobianos representa una amenaza cada vez más importante para la salud pública en Europa. Este problema exige la cooperación internacional, así como esfuerzos concertados a escala nacional, para contener y evitar la aparición de resistencia a los antimicrobianos. Las infecciones asociadas a la asistencia sanitaria constituyen también un problema creciente que exige políticas coordinadas de prevención y control. A los responsables de la formulación de políticas les interesa disponer de los datos más fiables que se espera obtener gracias a los esfuerzos que se están realizando para mejorar los sistemas de vigilancia basados principalmente en hospitales o instituciones que prestan cuidados a largo plazo.

Aunque la tendencia general de la TB es a la baja, las tasas de TB MR y de VIH con TB siguen aumentando. La tendencia mundial del VIH es también ascendente. En ambos casos, estas dos infecciones demandan seriamente atención para mantener unas actividades nacionales e internacionales de prevención y control estrictos, así como una mayor inversión en vigilancia. La notificación de infección simultánea por TB/VIH sigue siendo incompleta, aunque existen planes nuevos para mejorar esta situación.

La gripe sigue demostrando lo imprevisibles que pueden ser las epidemias estacionales, con una temporada relativamente grave dominada por el virus A(H3N2) que condujo a otra pandemia de A(H1N1) originada en las Américas.

Tabla A. Resumen de la tendencia general reciente, la tasa de notificación en la UE y los principales grupos de edad afectados, para las enfermedades contagiosas notificadas en la UE en 2008

Enfermedad	Tendencia general	Tasa de notificación en la UE: número de casos por 100 000 habitantes (2008)	Principales grupos de edad afectados (2008)
Infecciones respiratorias			
Gripe	↔	No hay datos	0–14
Gripe aviar	Datos insuficientes	0	Datos insuficientes
Enfermedad del legionario (legionelosis)	↑	1,2	≥ 65
Tuberculosis	↓	16,7	25–44

Enfermedad	Tendencia general	Tasa de notificación en la UE: número de casos por 100 000 habitantes (2008)	Principales grupos de edad afectados (2008)
VIH, infecciones de transmisión sexual e infecciones virales transmitidas por la sangre			
Clamidiasis	↑	149,9	15–24
Gonorrea	↓	8,6	15–24, 25–44
Hepatitis B	↓	1,3	25–44
Hepatitis C	↑	9,0	25–44
VIH	↑	5,7	25–44
Sida	↓	1,1	40–49
Sífilis	↔	4,2	25–44
Enfermedades transmisibles por los alimentos y por el agua y zoonosis			
Carbunco	↓	< 0,01	Datos insuficientes
Botulismo	↔	< 0,1	25–44
Brucelosis	↓	0,2	45–64, 25–44
Campilobacteriosis	↑	44,1	0–4
Cólera	↓	<0,01	Datos insuficientes
Criptosporidiosis	↔	2,4	0–4
Equinococosis	↔	0,2	45–44, ≥ 65
<i>Escherichia coli</i> productora de verotoxinas/shigatoxinas (ECVT/ECST)	↔	0,7	0–4
Giardiasis	↓	59,6	0–4
Hepatitis A	↓	3,3	5–14
Leptospirosis	↔	0,2	45–64
Listeriosis	↔	0,3	≥ 65
Salmonelosis	↓	29,8	0–4
Shigelosis	↔	1,8	0–4
Toxoplasmosis	↓	0,8	15–24
Triquinelosis	↔	0,1	25–44
Tularemia	↔	0,2	45–64
Fiebre tifoidea y paratifoidea	↔	0,3	0–4, 5–44
Variante de ECJ	Datos insuficientes	< 0,01	Datos insuficientes
Yersiniosis	↑	2,7	0–14
Enfermedades emergentes y transmitidas por vectores			
Paludismo (malaria)	↔	1,2	25–44
Peste	Datos insuficientes	0	Datos insuficientes
Fiebre Q	↔	0,4	45–64
Síndrome respiratorio agudo grave (SRAG)	Datos insuficientes	0	Datos insuficientes
Viruela	No procede	0	Datos insuficientes
Fiebre chikungunya	Datos insuficientes	< 0,01	45–64
Dengue	Datos insuficientes	0,1	25–44

Enfermedad	Tendencia general	Tasa de notificación en la UE: número de casos por 100 000 habitantes (2008)	Principales grupos de edad afectados (2008)
Infección hantaviral	Datos insuficientes	1,4	25–44, 45–64
Fiebre del Nilo Occidental	Datos insuficientes	< 0,01	Datos insuficientes
Fiebre amarilla	Datos insuficientes	0	No hay casos
Enfermedades susceptibles de prevención con vacunas			
Difteria	↓	<0,01	5–14, 45–64
Infección invasora causada por <i>Haemophilus influenzae</i>	↓	0,5	≥ 65, 0–4
Enfermedad meningocócica invasora	↓	0,9	0–4
Infección neumocócica invasora	↓	5,2	≥ 65, 0–4
Sarampión	↔	0,9	0–4
Parotiditis	↓	2,8	5–14
Tos ferina	↔	5,3	5–14
Poliomielitis	Datos insuficientes	0	Datos insuficientes
Rabia	↓	< 0,01	Datos insuficientes
Rubeola	↓	0,6	0–4
Tétanos	↓	< 0,1	≥ 65
Resistencia a los antimicrobianos e infecciones asociadas a la asistencia sanitaria			
Resistencia a los antimicrobianos	↑	No procede	Datos insuficientes
Infecciones asociadas a la asistencia sanitaria	↑	No procede	Datos insuficientes

9 Vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos en Europa 2009

(Publicado en noviembre de 2010)

Se trata del primer informe anual de la Red Europea de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos (Red EARS) tras la transición del Sistema Europeo de Vigilancia de la Resistencia a los Antibióticos (EARSS) al Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) antes del 1 de enero de 2010. Este informe representa la continuación de la muy valorada serie de informes anuales del EARSS publicados por la red desde 2001.

En los últimos diez años, la resistencia a los antimicrobianos ha ido ocupando un lugar cada vez más destacado en la agenda de la salud pública en Europa. La vigilancia de la resistencia a los antimicrobianos realizada anteriormente por el EARSS, y actualmente por la Red EARS, ha sido importante para documentar la aparición y propagación de resistencia a los antimicrobianos, así como para dar a conocer el problema en la esfera política, entre los funcionarios de salud pública y la comunidad científica.

Los datos sobre resistencia a los antimicrobianos notificados a la Red EARS por 28 países en 2009 y los resultados del análisis de tendencias que incluyen datos de EARSS de años anteriores indican que la situación de resistencia en Europa varía mucho según el tipo de patógeno, la sustancia antimicrobiana y la región geográfica.

En 2009, los datos más preocupantes sobre la resistencia son los que indican una sensibilidad cada vez menor de *Escherichia coli* invasora a casi todos los antimicrobianos que son objeto de vigilancia por parte de la Red EARS excepto los carbapenémicos, y la elevada prevalencia de resistencia en *Klebsiella pneumoniae* a las cefalosporinas de tercera generación, las fluoroquinolonas y los aminoglucósidos. En la mitad de los países que recogen datos, la proporción de cepas multirresistentes de *K. pneumoniae* (resistencia combinada a cefalosporinas de tercera generación, fluoroquinolonas y aminoglucósidos) sobrepasa el 10 % y algunos países están ya notificando proporciones elevadas de resistencia a los carbapenémicos. Estos antibióticos se han utilizado ampliamente en muchos países debido al aumento gradual de la tasa de enterobacterias productoras de beta-lactamasa de amplio espectro (BLAE), con el consiguiente efecto en la aparición de la producción de carbapenemasa (VIM, KPC y NDM-1), especialmente en *K. pneumoniae*.

Las proporciones más altas de resistencia en *E. coli* corresponden a las aminopenicilinas y llegan al 66 %. Con independencia del elevado grado de resistencia, las proporciones siguen aumentando incluso en países que ya presentan niveles de resistencia muy por encima del 50 %. La resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en *E. coli* ha aumentado también considerablemente en los últimos cuatro años en más de la mitad de los países que facilitan datos. Esta resistencia está directamente relacionada con las altas proporciones (85–100 %) de positivos para BLAE entre las cepas resistentes en países que facilitaron datos sobre BLAE en 2009.

Otras tendencias en la aparición de resistencia declarada a la Red EARS permiten albergar la esperanza de que los esfuerzos nacionales que se están realizando para controlar las infecciones y frenar el aumento de la resistencia podrían en algunos casos poner freno o incluso invertir las tendencias negativas en la aparición de resistencia, como demuestra la evolución que está teniendo el *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina (SARM). Aunque la proporción de SARM entre *Staphylococcus aureus* sigue siendo superior al 25 % en 10 de los 28 países, la presencia de SARM se está estabilizando o disminuyendo en algunos países y se ha observado un descenso sostenido en Austria, Francia, Irlanda, Letonia y Reino Unido.

El Reino Unido, por su parte, ha registrado una disminución similar en los porcentajes de resistencia en *K. pneumoniae* para todos los grupos de antibióticos sometidos a vigilancia y en algunos países (Grecia, Alemania, Italia y Francia) los esfuerzos por controlar la resistencia a glucopéptidos en *Enterococcus faecium* parecen haber dado sus frutos y conseguido un descenso gradual en el porcentaje de cepas resistentes. No obstante, el elevado porcentaje de resistencia a los aminoglucósidos en *Enterococcus faecalis* parece haberse estabilizado a un nivel relativamente alto. La mayoría de los países notificaron porcentajes de cepas resistentes de entre el 30 % y el 50 %.

Con respecto a *Streptococcus pneumoniae*, la resistencia a la penicilina se ha mantenido generalmente estable en Europa y la resistencia a los macrólidos ha disminuido en seis países, mientras que en ningún país se han descrito tendencias al alza. En cuanto a *Pseudomonas aeruginosa*, muchos países, sobre todo de Europa meridional y oriental, han declarado unos elevados porcentajes de resistencia a las fluoroquinolonas y a los carbapenémicos y combinada.

Para algunas combinaciones de antimicrobianos y patógenos, por ejemplo resistencia a las fluoroquinolonas en *E. coli*, *K. pneumoniae*, *P. aeruginosa* y SARM, se observa un gradiente de norte a sur en Europa. En general, los porcentajes de resistencia declarados son más bajos en el norte y más altos en el sur de Europa, lo que probablemente sea un reflejo de las diferencias existentes en las prácticas de control de infecciones, la presencia o ausencia de legislación que regule la prescripción de antibióticos y otros factores que se sabe que influyen en la aparición de resistencia.

Sin embargo, con respecto a *K. pneumoniae*, se han observado tendencias al alza en la resistencia a determinadas clases de antibióticos y de multirresistencia en países de Europa septentrional, como Dinamarca y Noruega, que han adoptado tradicionalmente una estrategia de cautela frente al uso de antibióticos.

Además del análisis periódico de tendencias y el resumen de la situación, el informe 2009 de la Red EARS contiene un capítulo sobre nuevos enfoques en el que se realiza un análisis en profundidad de *E. coli* y SARM. Este análisis se basa exclusivamente en laboratorios que llevan años facilitando datos y confirma un aumento progresivo de la resistencia multifarmacológica, así como un descenso progresivo y marcado de la sensibilidad a los antimicrobianos en *E. coli* desde hace varios años. En relación con el SARM, el descenso observado refleja probablemente la eficacia de las medidas de control de la infección en los hospitales, e incluso permite albergar ciertas esperanzas en el éxito de las estrategias de contención en otras regiones.

Para terminar, los datos comunicados a la Red EARS en 2009 por los países participantes constituyen una base de información sobre la aparición de resistencia a los antimicrobianos en Europa y demuestran que, lamentablemente, las opciones de tratamiento antimicrobiano para los principales patógenos bacterianos son cada vez menores.

10 Vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA en Europa 2009

(Publicado en noviembre de 2010)

Puntos clave

La infección por el VIH sigue teniendo una gran importancia para la salud pública en Europa, con datos que indican que se sigue transmitiendo en Europa. En conjunto, aunque los datos presentados no son completos, no existen indicios claros de un descenso del número de casos diagnosticados cada año. Desde 2004, la tasa de casos nuevos diagnosticados de VIH notificados por 100 000 habitantes ha aumentado en casi el 30 %, de 6,6 por 100 000 habitantes en 2004 a 8,5 por 100 000 habitantes en 2009. El número de nuevos casos diagnosticados de SIDA ha seguido disminuyendo en la Región Europea de la OMS, excepto en el Este, donde ha aumentado. De los 48 países que han facilitado datos completos sobre el SIDA durante el período 2004–09, la tasa de casos diagnosticados y notificados de SIDA disminuyó de 2,0 por 100 000 habitantes a 1,0 por 100 000 habitantes.

- En 2009 se diagnosticaron y notificaron 53 427 casos de VIH en 49 de los 53 países en la Región Europea de la OMS (no se dispone de datos sobre Austria, Mónaco, Rusia ni Turquía). Las tasas más elevadas fueron las de Estonia, Moldavia, Ucrania y Uzbekistán.
- Cuarenta y ocho países notificaron 6 568 casos de SIDA (no se dispone de datos sobre Austria, Suecia, Mónaco, Rusia ni Turquía).
- En 2009 se diagnosticaron 25 917 casos nuevos de infección por el VIH en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE) (no se dispone de datos sobre Austria). En la UE/EEE, las tasas más elevadas correspondieron a Estonia, Letonia, Portugal y el Reino Unido.
- En la UE/EEE, la vía principal de contagio de la infección por el VIH es el sexo entre varones, seguida del contacto heterosexual. Aproximadamente el 38 % de los casos notificados por contagio heterosexual se diagnosticaron en personas originarias de países con epidemias generalizadas de VIH.
- En las tres regiones geográficas/epidemiológicas, la principal vía de contagio varía según la región, lo que pone de manifiesto la enorme diversidad de la epidemiología del VIH en Europa. Aunque los datos publicados indican que el contagio heterosexual se ha convertido en la principal vía de transmisión en el Este, la inclusión de los casos notificados por Rusia, no disponibles cuando se elaboró este informe, aumentaría significativamente la proporción relativa aportada por el consumo de drogas inyectables. El consumo de drogas inyectables aumentaría, por tanto, el número de infecciones en el conjunto de la Región, y sobre todo en el Este. En el Centro, la principal vía de contagio de la infección por el VIH es el sexo entre varones, seguida del contacto heterosexual. En el Oeste, la principal vía de contagio es el sexo entre varones, seguida del contacto heterosexual, cuando se excluyen los casos originarios de países con epidemias generalizadas.
- Los datos aquí presentados tienen algunas limitaciones, debido a la notificación incompleta, a la ausencia de datos de algunos países y a los retrasos en la notificación. Esto limita las conclusiones que pueden extraerse acerca de la dimensión y el alcance de las epidemias de la infección por el VIH y el SIDA en Europa. Si se corrigieran los datos teniendo en cuenta esas limitaciones, lo más probable es que se duplicaran las cifras totales de infecciones por el VIH en 2009.

Recomendaciones para la vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA

Los datos de vigilancia de la infección por el VIH y el SIDA son vitales para controlar las tendencias de esta epidemia y evaluar la respuesta de salud pública. Por eso, en todos los países de Europa es preciso:

- aplicar sistemas de notificación nacional caso por caso de las infecciones por el VIH y el SIDA, y garantizar la integridad y la puntualidad de los datos; y
- mejorar la calidad de los datos notificados, especialmente en lo que respecta a las posibles vías de contagio y recuento de linfocitos CD4.

Recomendaciones para la salud pública

Las intervenciones para el control de la epidemia deben basarse en la evidencia y adaptarse al país y a su situación epidemiológica. A partir de los datos de vigilancia disponibles, es razonable recomendar lo siguiente:

- Para los países del Este: las intervenciones para controlar la infección por el VIH en consumidores de drogas inyectables, incluidos programas de reducción de daños, deben ser la piedra angular de las estrategias de prevención en este ámbito. Hay que fortalecer las medidas para impedir el contagio heterosexual dirigidas a quienes tienen como pareja a personas de alto riesgo.

- Para los países del Centro: la prevención debe adaptarse a las circunstancias de cada país para mantener la epidemia en su bajo nivel actual. No obstante, dado que la epidemia es cada vez mayor entre los varones que mantienen relaciones homosexuales, el fortalecimiento de las intervenciones dirigidas al control del VIH en este grupo ha de ser una prioridad.
- Para los países del Oeste: las intervenciones para controlar la infección por el VIH en los varones que mantienen relaciones homosexuales deben ser la piedra angular de las estrategias de prevención, y deben incluir programas innovadores dirigidos a este grupo. Las intervenciones de prevención, tratamiento y atención deben adaptarse para que lleguen a las poblaciones de inmigrantes.
- En general, se debe insistir en el asesoramiento y la necesidad de hacerse la prueba de detección del VIH para garantizar un diagnóstico temprano y el acceso precoz al tratamiento, a fin de impedir o reducir el ulterior contagio y mejorar los resultados del tratamiento a largo plazo en los individuos afectados. Es preciso garantizar la equidad en el acceso al tratamiento del VIH y los cuidados que lleva aparejados en todos los grupos de la población para que todos los países puedan alcanzar el objetivo mundial del acceso universal a la prevención, el tratamiento y la asistencia y lograr los objetivos establecidos en la Comunicación de la Comisión y el plan de acción «para combatir la infección por el VIH/SIDA en la Unión Europea y en los países vecinos, 2009–2013».

Informes especiales

11 Aplicación de la Declaración de Dublín sobre la cooperación para combatir el VIH/SIDA en Europa y Asia Central: informe de situación 2010

(Publicado en septiembre de 2010)

En febrero de 2004, representantes de los países de Europa y Asia central se reunieron en Dublín y adoptaron una declaración encaminada a acelerar la aplicación de la Declaración de Compromiso que hicieron los países en el Periodo Extraordinario de Sesiones de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) sobre la infección por el VIH/SIDA en 2001.

El objetivo del informe es evaluar los progresos realizados. Se utilizan informes nacionales para documentar los logros conseguidos con respecto a una serie de indicadores importantes para los países de la región. Se utilizan, en la medida de lo posible, los datos disponibles y se aprovecha, en general, el trabajo realizado anteriormente y, en concreto, el informe publicado por la Oficina Regional de la OMS para Europa y ONUSIDA en 2008. Se enviaron cuestionarios personalizados a 55 países y se recibieron respuestas de 49 de ellos.

Liderazgo político y colaboración

Casi todos los países refirieron la existencia de un marco estratégico para su respuesta al VIH (92 %) y de un organismo responsable de su gestión y coordinación (84 %). Ocho países declararon que habían creado sus marcos estratégicos en los cinco años anteriores, es decir, desde la Declaración de Dublín. Sin embargo, no está claro si estas medidas genéricas son indicadores adecuados del liderazgo político en materia de VIH en la región. Otras medidas más adecuadas podrían ser:

- el grado en que los recursos económicos para la prevención del VIH se dirigen debidamente a las poblaciones clave, como los consumidores de drogas inyectables (CDI), varones que mantienen relaciones homosexuales (VRH) y trabajadores del sexo;
- el grado en que los países están realizando intervenciones clave, como programas de reducción de daños para los CDI y programas de prevención para varones que mantienen relaciones homosexuales a una escala suficiente; y
- el grado en que los países han abordado cuestiones políticas difíciles pero esenciales con relación a las poblaciones marginadas y de mayor riesgo, como la puesta en marcha de programas de reducción de daños para CDI en entornos penitenciarios y el acceso a servicios para inmigrantes originarios de países con epidemia del VIH generalizada.

En general, los datos indican claramente un reconocimiento generalizado de la importante contribución de la sociedad civil a la respuesta frente al VIH en toda la región y su elevada participación en dicha respuesta. Por ejemplo, casi todos los países (98 %) refirieron algún grado de participación de la sociedad civil en la creación de su marco estratégico. Según los resultados del primer informe de situación sobre la Declaración de Dublín, tanto el Gobierno como la sociedad civil reconocieron haberse beneficiado directamente de la participación de la sociedad civil en las respuestas al VIH, y la sociedad civil comentó que el contexto para su participación en las respuestas mejoró entre 2005 y 2007. La participación formal del sector privado en las respuestas del VIH parece ser mucho más limitada.

La epidemia del VIH en Europa y Asia central se concentra claramente en grupos específicos de la población. Los datos disponibles indican que algunos países de la región están centrando efectivamente sus fondos para medidas de prevención en las poblaciones más afectadas. De esta forma no solo se hará un uso más rentable de los fondos disponibles, sino que podría conseguirse una respuesta mundial más eficaz. Aunque la financiación de las respuestas nacionales frente al VIH en la región procede cada vez más de fuentes internas, existe una necesidad imperiosa de prestar un apoyo económico continuado a los países de renta media y baja de la región para que puedan dar respuesta al VIH. El establecimiento de mecanismos sostenibles que permitan ese apoyo económico tiene que convertirse en una prioridad para todos los países de la región.

Los fondos destinados a dar una respuesta mundial al VIH han aumentado enormemente desde la Declaración de Dublín. Antes de la Declaración, en 2002, los recursos disponibles para la respuesta mundial al VIH ascendían a 1 200 millones de dólares, cantidad que se multiplicó por seis hasta alcanzar los 7 700 millones de dólares en 2008. Este aumento ha sido impulsado por los Estados Unidos y algunos países europeos, por medio de iniciativas tanto bilaterales como multilaterales. En 2008, el 40 % de todos los desembolsos de países donantes en ayuda internacional para la lucha contra el SIDA procedieron de Estados miembros de la Unión Europea (UE), países de la

Asociación Europea de Libre Comercio (AELC) y la Comisión Europea. Ante la crisis financiera actual y las diferentes prioridades que compiten por la financiación, es importante que los países de la región afronten el desafío de mantener y seguir aumentando sus niveles de financiación y de asegurar que dicha financiación se utilice con la máxima eficacia.

Prevención

Existen fuertes evidencias de que algunos segmentos fundamentales de la población se ven especialmente afectados por el VIH en Europa y Asia central. El reto consiste en garantizar que estas poblaciones tengan acceso a los necesarios servicios de prevención del VIH a una escala suficiente. En el primer informe de situación sobre la Declaración de Dublín se reconoció la importancia de intensificar y reforzar los esfuerzos dirigidos específicamente al VIH para reducir las desigualdades y esta cuestión sigue teniendo importancia en la región.

Es bien sabido que los consumidores de drogas inyectables son especialmente vulnerables a la infección por el VIH y así ocurre en toda la región. También está claro que la transmisión del VIH entre CDI puede controlarse con la prestación de servicios eficaces a una escala suficiente para suponer una diferencia. Las principales medidas de la escala son el número de agujas/jeringas distribuidas por CDI al año y el porcentaje de CDI que reciben tratamiento de sustitución con opiáceos. Es necesario que todos los países aspiren a los altos niveles de cobertura del programa que se han conseguido ya en algunos de ellos.

Se sabe también que los varones que mantienen relaciones homosexuales se han visto especialmente afectados por el VIH en algunos países y regiones, incluso dentro de Europa. Eso es así sobre todo en la parte occidental de la región, pero hay evidencias que indican que los efectos del VIH en esos varones son mayores de lo que se pensaba también en otras partes de la región, lo que coincide con las conclusiones del primer informe de situación sobre la existencia de una epidemia oculta de VIH entre los varones que mantienen relaciones homosexuales. En algunos países, las tasas de infección en este colectivo siguen aumentando. Ahora bien, los motivos de ese aumento no están claros y pueden variar de un país a otro. Se necesitan más datos al respecto, que posiblemente se obtengan en el estudio europeo que se está realizando en Internet sobre los varones que mantienen relaciones homosexuales. Aunque no se sabe de qué forma puede medirse con exactitud el grado de cobertura de los programas dirigidos a este segmento de la población, se observa no obstante que la cobertura sigue siendo baja en muchos países y que las tasas de sexo anal sin protección siguen siendo inaceptablemente altas. Existen también datos en algunos países que indican que algunos grupos de varones homosexuales, como los jóvenes, los que viven fuera de las principales ciudades, los que tienen un menor nivel de educación y los que se consideran a sí mismos bisexuales, tienen una menor probabilidad de ser alcanzados por los programas contra el VIH.

Aunque se considera que los trabajadores del sexo tienen un especial riesgo de infección por el VIH en todo el mundo, hay menos pruebas de que eso sea así en la región. Por ejemplo, las tasas de prevalencia del VIH entre los trabajadores del sexo son relativamente bajas en muchos países de la región, aunque eso no ocurre con todos los trabajadores del sexo. Algunas categorías de trabajadores del sexo presentan tasas más altas de infección por el VIH, como los consumidores de drogas, los trabajadores del sexo varones o transgénero, los originarios de países con epidemias generalizadas y los que trabajan en la calle. Entre el conjunto de trabajadores del sexo, las tasas declaradas de uso de preservativo durante las relaciones sexuales profesionales son relativamente altas y probablemente más relevantes que las medidas genéricas del conocimiento de los trabajadores del sexo.

Los inmigrantes procedentes de países con epidemias generalizadas de VIH se ven especialmente afectados por el VIH. Aunque algunos países están preocupados por otros grupos de inmigrantes, hay pocos datos convincentes de que estos grupos se vean afectados desproporcionadamente por el VIH, al margen de otras conductas de riesgo como el consumo de drogas inyectables. Las cuestiones relativas a los inmigrantes no solo se refieren a la prevención de la infección por el VIH, sino también a la prestación del tratamiento y asistencia. En muchos países se plantean cuestiones concretas relacionados con el acceso de los inmigrantes sin papeles a servicios esenciales, como el tratamiento antirretroviral (TAR).

Los reclusos, especialmente los consumidores de drogas inyectables, son también muy vulnerables a la infección por el VIH en la región. Aunque se reconoce la necesidad de que los centros penitenciarios ofrezcan los mismos servicios que el resto de la comunidad, eso no ocurre en muchos países de la región. Los países de la UE/AELC han demostrado un firme liderazgo al ofrecer tratamiento de sustitución con opiáceos en las prisiones, pero esta estrategia no ha sido aceptada en muchos otros países de la región. Este liderazgo europeo no ha sido tan firme en lo que se refiere a la distribución de material de inyección estéril en las prisiones.

El grado en que los jóvenes son especialmente vulnerables a la infección por el VIH en los países de la región ha resultado ser un tema polémico en este análisis. Evidentemente, los jóvenes no pueden ser considerados como un grupo homogéneo en lo que respecta al riesgo de VIH. No obstante, el riesgo es elevado para algunos de ellos, como los jóvenes que consumen drogas inyectables o mantienen relaciones homosexuales, y algunos datos indican que las respuestas programáticas llegan más difícilmente a estos jóvenes que a otros grupos de más edad. Aunque más de tres cuartas partes de los países declararon que la educación sobre el VIH forma parte de los planes de estudios en los centros de enseñanza secundaria, preocupa el hecho de que no todos los jóvenes tienen acceso a

educación integral sobre salud sexual en la región, sobre todo los más jóvenes en los centros de enseñanza primaria.

Personas afectadas por el VIH

Todos los países que disponen de datos sobre tendencias refirieron un aumento del número de personas con TAR desde que se adoptó la Declaración de Dublín. No obstante, preocupa el hecho de que muchos países hayan partido de un nivel muy bajo de acceso a tratamiento y si todas las personas que necesitan tratamiento lo reciben en un corto espacio de tiempo. El aspecto más importante de la administración rápida de tratamiento a las personas que lo necesitan no está relacionado con el acceso al tratamiento para quienes lo necesiten, por ejemplo, si el recuento de linfocitos CD4 es < 350 células/mm³. Lo importante, más bien, es el grado en que las personas afectadas por el VIH en la región que necesitan tratamiento desconozcan que están infectadas por el VIH, es decir, que no hayan sido diagnosticadas. Los datos del ECDC en 2008 indican que en 21 países que informaron sobre el recuento de linfocitos CD4 en el momento del diagnóstico, la cifra era inferior a 350 células/mm³ en más de la mitad de las personas en las que se realizó dicho recuento. Lo anterior es motivo de gran preocupación, porque indica que un número considerable de personas en la región están tardando más de lo recomendable en recibir TAR.

Casi todos los países (84 %) declaran que la estigmatización y la discriminación se combaten con estrategias nacionales o marcos de actuación frente al VIH y el SIDA, pero eso no se refleja sistemáticamente en las políticas y programas. Existen también pruebas sólidas de que sigue existiendo una cierta estigmatización y actitudes discriminatorias en algunos países de la región y no está claro el grado en que se usan los mecanismos disponibles para combatirlas. Esta situación no ha mejorado significativamente desde que se publicó el primer informe de situación sobre la Declaración de Dublín.

Seguimiento de la Declaración de Dublín

Uno de los compromisos de la Declaración de Dublín fue hacer un seguimiento de su aplicación. La Comisión Europea encomendó esta responsabilidad al ECDC. Este informe es el resultado de un proceso iniciado por el ECDC para cumplir con esa responsabilidad. Se basa en las contribuciones de un gran número de personas y organizaciones. En concreto, los datos presentados en el informe han sido facilitados por los 49 países que participaron en este análisis.

Dos de los principios seguidos en este análisis fueron el uso de los datos e indicadores disponibles siempre que fuera posible y la comprobación de que los indicadores evaluados fueran relevantes para el contexto de los países de Europa y Asia central. En ocasiones se produjeron tensiones entre estos principios, sobre todo con respecto al grado en que se pueden utilizar los indicadores y datos de UNGASS para el proceso. Los indicadores de UNGASS se han utilizado siempre que ha sido posible. Si los países habían presentado anteriormente datos para UNGASS, se han utilizado estos. Se recibieron datos de 12 países que no habían presentado informes a UNGASS en 2008. El análisis permitió, en concreto, que los países presentaran datos sobre temas específicos aunque no correspondieran exactamente con los indicadores de UNGASS. Además, se recabó información sobre algunos grupos de población para los que no existen indicadores específicos de UNGASS, como los reclusos y los migrantes procedentes de países con epidemias generalizadas. Una conclusión del análisis es que se podrían conseguir tasas de respuesta más altas en los informes presentados a UNGASS por países de la región si:

- los indicadores fueran más relevantes para la región;
- se enunciaran con mayor claridad los beneficios de la notificación internacional;
- se redujera la carga de la notificación soportada por los países estableciendo un proceso de notificación internacional coordinado.

Se planteó la necesidad de abordar con rapidez estas cuestiones como un problema urgente para los países de la región que participaron en el análisis. El ECDC se ha comprometido a realizar una contribución destacada en este proceso regional.

12 Análisis de la experiencia de la pandemia de A(H1N1) de 2009 en Europa

(Publicado en noviembre de 2010)

Este informe pretende ofrecer una visión general y amplia de la epidemiología y la virología de la pandemia declarada en 2009 en los países de la Unión Europea y el Espacio Económico Europeo (UE/EEE) (27 Estados miembros de la UE (EM), Noruega e Islandia). Se facilita información de interés sobre los antecedentes de las epidemias y pandemias de gripe, haciendo especial hincapié en su variabilidad e imprevisibilidad. Las principales tendencias y la información se derivan del análisis y la interpretación de los datos epidemiológicos y virológicos y otros análisis facilitados al Sistema de Vigilancia Europeo (TESSy) del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) a través de la Red Europea de Vigilancia de la Gripe (EISN).

Estos datos y análisis indican que, tras su aparición en América del Norte, el virus pandémico empezó a propagarse en Europa en torno a la semana 16/2009. El virus cumplía los criterios establecidos previamente para una pandemia tanto en Europa como en otros lugares. En poco tiempo, el ECDC acordó y estableció junto con los Estados miembros de la UE/EEE un sistema adecuado de vigilancia de la pandemia, con aportaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y otros países no europeos ya afectados. El sistema se basó en los sistemas ya existentes e incorporó elementos nuevos para vigilar la situación de las personas gravemente afectadas por el virus pandémico. Además, se utilizaron métodos de investigación epidemiológica y de vigilancia científica dirigida para determinar, con la mayor rapidez posible, los parámetros importantes necesarios para realizar evaluaciones informadas del riesgo, ajustar las previsiones y tomar decisiones informadas sobre contramedidas.

La Red Europea de Vigilancia de la Gripe informó de una ola de propagación inicial en la primavera/verano que apareció en mayoría de los países, pero que afectó especialmente a un reducido número de países, sobre todo el Reino Unido. La velocidad de transmisión remitió enseguida al avanzar el verano, pero volvió a acelerarse de nuevo a principios de otoño, inmediatamente después del comienzo del curso escolar. En esta ocasión afectó a todos los países y se observó una ola de otoño/invierno en dirección oeste a este que cruzó el continente. La Organización Mundial de la Salud declaró oficialmente la pandemia en la semana 32 de 2009.

En la mayoría de los países, la ola infecciosa de otoño/invierno tuvo una forma muy marcada, duró unas 14 semanas y se vio acompañada de una ola similar de hospitalizaciones y muertes. No obstante, la gravedad de la enfermedad fue heterogénea, ya que varió de un lugar a otro, incluso dentro de un mismo país. En total, se comunicaron 2 900 muertes oficiales en países de la UE/EEE durante los primeros 12 meses durante los cuales los Estados miembros hicieron esfuerzos especiales para recoger esos datos. Sin embargo, se reconoce que esa cifra refleja solo una parte de la carga real de las muertes causadas por la pandemia. Se detectó un exceso de muertes por cualquier causa en la población escolar. A pesar de tratarse de un virus de la gripe nunca visto hasta entonces, la exposición previa a un virus de la gripe presumiblemente similar desde el punto de vista antigénico que había circulado antes de mediados del decenio de 1950 hizo que muchas personas de edad avanzada en Europa tuvieran ya una cierta inmunidad. Este hecho, no exclusivo de la pandemia de 2009, explica dos de sus diferencias importantes con respecto a la gripe estacional interpandémica: la menor mortalidad global y una carga relativa de morbilidad y mortalidad mayor de la esperada entre los jóvenes. Aunque muchas personas de edad avanzada estaban aparentemente protegidas, las que no lo estaban presentaron las tasas más altas de mortalidad en todos los grupos de edad.

El virus pandémico desplazó a los virus de la gripe A interpandémicos que habían predominado hasta entonces en Europa, aunque siguieron apareciendo virus de la gripe B en un nivel bajo al final de la temporada. Solo un pequeño número de virus pandémicos mostraron resistencia al oseltamivir y muy pocos de ellos mostraron capacidad de propagación entre seres humanos. Aunque los virus pandémicos no son idénticos, por el momento existen pocas pruebas de cambios importantes o de aparición de nuevas variantes dominantes. Se ha descrito una relación entre la variante A(H1N1)-D222G y enfermedad más grave, aunque no se ha determinado la causa.

Aunque algunas pruebas anecdóticas sugieren que el número de casos leves y asintomáticos fue mayor que con la gripe interpandémica, hubo un número suficiente de casos de síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) — un trastorno observado muy rara vez con la gripe interpandémica— como para saturar a los servicios de cuidados intensivos en muchos centros. La población infantil presentó las tasas más altas de enfermedad, y los informes nacionales indican que las tasas más altas de infección se registraron entre los escolares. Esas tasas elevadas de enfermedad impusieron cargas especiales a los servicios de atención primaria, a los servicios pediátricos de los hospitales y, sobre todo, a las unidades de cuidados intensivos en algunos lugares.

Ahora se están empezando a conocer algunos datos de los estudios serológicos, que confirman los datos de vigilancia que ya indicaban unas tasas de transmisión mayores de lo que cabía esperar por los signos clínicos. Sin embargo, aún no son suficientes para hacer predicciones fiables sobre lo que sucederá el próximo invierno.

(2010/2011), y en ese sentido ha sido muy esclarecedora la experiencia de los países templados del hemisferio sur durante el período estival de 2010 en Europa.

En un primer momento, la pandemia fue mucho menos grave de lo que se había temido. Así se destacó en las primeras evaluaciones del riesgo del ECDC⁶, los informes de la OMS y las instrucciones dadas por el ECDC a las autoridades nacionales y europeas. Con unas bajas tasas de absentismo, también fue pequeña su repercusión en otros servicios ajenos al sector sanitario. Este y otros hechos permiten afirmar que posiblemente haya sido la pandemia más benigna que Europa podía esperar.

Como la pandemia de 2009 fue una amenaza menor que para la que se habían preparado muchos países, puso a prueba la flexibilidad de los planes actuales. Ocurrió en un momento en el que pudo disponerse rápidamente de pruebas diagnósticas y adoptarse contramedidas farmacéuticas preventivas como antivirales —que tienen poca resistencia a los inhibidores de la neuraminidasa, pero una resistencia casi total a los más antiguos derivados de la adamantina—, además de conseguir vacunas adecuadas en un plazo más corto que nunca. Sin embargo, todos esos avances plantearon sus propios problemas, además de producirse nuevos retos y sorpresas. Como se comentó anteriormente, la tasa de SDRA fue mayor de la esperada en un momento en el que muchas unidades de cuidados intensivos estaban ya soportando cierta presión, no siempre compartida con el resto de los hospitales. Una sorpresa más agradable fue que las vacunas antipandémicas preparadas con tanta rapidez obtuvieron una respuesta inmunitaria tan buena que con muchas de las formas farmacéuticas solo se necesitó una dosis única en adultos. Además, demostraron eficacia y una seguridad aceptable, aunque hace falta mantener todavía la farmacovigilancia para determinar con exactitud su grado de seguridad. Cuando se anunció que las vacunas estaban ya disponibles, los profesionales sanitarios las acogieron con un entusiasmo variable. Todavía no se dispone de datos fiables sobre la cobertura en la UE, pero la impresión es que en Europa será muy variable y solo algunos países conseguirán una cobertura elevada de la población general o de grupos especiales de riesgo.

La falta de aceptación generalizada de esta vacuna se debe en parte a la dificultad para transmitir el complejo mensaje de comunicación de riesgos, que básicamente decía que salvo en los grupos de riesgo (niños de corta edad, pacientes con enfermedad crónica y mujeres embarazadas), la probabilidad de contraer una enfermedad grave después de la infección era muy pequeña. Ahora bien, como el 25–30 % de las muertes oficiales se produjeron en personas hasta entonces sanas y menores de 65 años de edad, el segundo mensaje fue que existía un riesgo pequeño, aunque real, de enfermedad grave y muerte por la pandemia para todos los adultos y niños sanos. La comunicación de los riesgos planteó, por tanto, unos retos considerables.

En conjunto, probablemente sea más justo decir que la UE/EEE gestionó la respuesta a la pandemia razonablemente bien. Ningún país respondió de forma exagerada y los sistemas establecidos por la Comisión, la OMS y el ECDC para debatir e intercambiar datos y análisis resultaron ser flexibles y útiles. El sistema EISN de vigilancia virológica y basada en la atención primaria funcionó bien y sirvió para ampliar los datos obtenidos con la investigación epidemiológica del ECDC y otras fuentes de vigilancia científica especial. Menos éxito tuvo el intercambio de análisis entre los países afectados primero y fue una suerte que se pudiera disponer rápidamente de los datos y análisis de Norteamérica y el hemisferio sur. A pesar de los muchos análisis y actividades basadas en las lecciones aprendidas que se están llevando a cabo, se pueden extraer ya una serie de conclusiones generales:

- se necesitan definiciones consensuadas sobre la gravedad de una pandemia para permitir una mayor flexibilidad en la planificación de los preparativos;
- se necesitan sistemas de vigilancia sistemática antes de la pandemia para tener la seguridad de que habrá que modificar muchas menos cosas cuando se produzca una crisis, o incluso una pandemia;
- debería existir una vigilancia más sistemática de los casos más graves de personas hospitalizadas y de las muertes;
- en el futuro, el intercambio de los análisis iniciales presentados por los primeros países afectados tiene que funcionar mejor;
- queda mucho trabajo por hacer, también en el terreno de la investigación y el desarrollo, para conseguir una seroepidemiología disponible en tiempo real; y
- la utilización de modelos durante una pandemia debe estar estrechamente vinculada a la política y las medidas adoptadas en toda Europa, y no solo en uno o dos países.

Ahora habrá que reconsiderar la planificación pandémica, puesto que la aparición de esta pandemia no excluye la posibilidad de que se declare otra pandemia en un futuro próximo; una pandemia de H5 o H7, por ejemplo. La siguiente generación de planes deberá incorporar una mayor flexibilidad para reaccionar ante diferentes grados y diferentes combinaciones de «incertidumbres conocidas» en una pandemia, según el ECDC. Eso sería más factible si se alcanzara un cierto consenso en torno a una visión europea de la evaluación de la gravedad, que adaptara los grados de respuesta a distintas escalas y características. Esos próximos planes tienen también que permitir la consolidación y la sostenibilidad de los sistemas de vigilancia de la gripe introducidos para atender las demandas

⁶ Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/healthtopics/H1N1/risk_threat_assessment/Pages/risk_threat_assessment.aspx

derivadas de la pandemia; en concreto, las infecciones respiratorias agudas graves, la mortalidad atribuible y, con el tiempo, la vigilancia seroepidemiológica. Este trabajo de vigilancia tiene que recibir prioridad, dotarse de los recursos suficientes y, en el futuro, poder desarrollarse y ponerse a prueba durante el período interpandémico, de forma que sea más flexible y eficaz para cuando se produzca la siguiente crisis importante.

13 Progresos hacia la erradicación de la tuberculosis – Seguimiento del plan de acción marco para combatir la tuberculosis en la Unión Europea

(Publicado en noviembre de 2010)

Introducción

En 2008, el Centro Europeo de Prevención y Control de las Enfermedades (ECDC) presentó el plan de acción marco para combatir la tuberculosis en la Unión Europea. A instancias del Comisario de Salud de la UE, que propuso la creación de un marco de vigilancia en apoyo del plan, el ECDC ha presentado ya un seguimiento del plan de acción marco. Sus objetivos son: ofrecer una visión general del entorno estratégico actual para el control de la TB en la UE y explicar su relación con la situación mundial; y describir un marco de vigilancia epidemiológica y estratégica que permita evaluar los progresos realizados para la erradicación de la TB en la UE.

Entorno estratégico a escala europea y mundial

El nivel actual de la epidemia de tuberculosis en la UE exige un marco de vigilancia específico que sea directamente relevante para el contexto epidemiológico europeo y fácilmente aplicable por los Estados miembros. Por consiguiente, la creación de un marco de vigilancia exige un profundo conocimiento del entorno epidemiológico y estratégico que será objeto de dicha vigilancia. En este informe de seguimiento se resume el contexto actual de la UE y en todo el mundo, y se reconoce la necesidad de una estrategia integral de control de la TB en vista del contexto globalizado de la epidemia de TB.

Seguimiento del plan de acción marco

En el informe se proponen una serie de indicadores epidemiológicos y operativos básicos como parte integrante del marco de vigilancia. Esos indicadores y objetivos son compatibles con los que ya son objeto de vigilancia como parte de otras colaboraciones mundiales y regionales, y en general pueden derivarse de información ya recogida y divulgada por los países. Los indicadores fundamentales del seguimiento están todos ellos específicamente relacionados con las ocho áreas estratégicas del plan de acción marco para poder evaluar los progresos realizados en cada una de ellas.

Indicadores epidemiológicos

- 1 Tendencias en la tasa de notificación de casos
- 2 Tendencias en la tasa de notificación de casos MR
- 3 Tendencias en la relación entre las tasas de notificación en niños y en adultos
- 4 Tendencias en la edad media de los casos de TB

Indicadores operativos

- 1 Disponibilidad de un plan nacional de control de la TB
- 2 Disponibilidad de directrices para la aplicación del plan nacional de control de la TB
- 3 Porcentaje de laboratorios nacionales de referencia para la TB (de conformidad con ERLN-TB) que consiguen unos resultados adecuados en el sistema externo de garantía de calidad
- 4 Disponibilidad de una estrategia para la introducción y aplicación de nuevas herramientas de control de la TB
- 5 Porcentaje de nuevos casos de TB pulmonar confirmada con cultivo y porcentaje de casos a los que se han realizado pruebas de sensibilidad a los medicamentos para fármacos de primera línea
- 6 Porcentaje de Estados miembros que notifican tasas de éxito terapéutico
- 7 Tasas de éxito terapéutico
- 8 Porcentaje de pacientes con tuberculosis de los que se sabe si tienen o no infección por el VIH.

Anexo: Publicaciones del ECDC en 2010

Informes técnicos

Mayo

Risk assessment on Q fever

Junio

Core functions of microbiology reference laboratories for communicable diseases

Septiembre

Hepatitis B and C in the EU neighbourhood: prevalence, burden of disease and screening policies

Octubre

Surveillance and prevention of hepatitis B and C in Europe

Noviembre

External quality assurance scheme for Salmonella typing

Evidence synthesis for Guidance on HIV testing

Diciembre

Fostering collaboration in public health microbiology in the European Union

Documentos de orientación del ECDC

Octubre

Public health management of sporadic cases of invasive meningococcal disease and their contacts

HIV testing: increasing uptake and effectiveness in the European Union. [Also 'In brief']

Diciembre

Risk assessment guidelines for diseases transmitted on aircraft (RAGIDA). Part 2: Operational guidelines. Second edition

Informes de vigilancia

Marzo

Tuberculosis surveillance in Europe 2008

Mayo

Influenza surveillance in Europe 2008/09

Octubre

Annual Threat Report 2009

Surveillance of invasive bacterial diseases in Europe 2007

Noviembre

Annual Epidemiological Report on Communicable Diseases in Europe 2010

Antimicrobial resistance surveillance in Europe 2009. Annual report of the European Antimicrobial Resistance Surveillance Network (EARS-Net)

HIV/AIDS surveillance in Europe 2009

Informes especiales

Julio

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report: Summary

Septiembre

Implementing the Dublin Declaration on Partnership to Fight HIV/AIDS in Europe and Central Asia: 2010 Progress Report

Noviembre

The 2009 A(H1N1) pandemic in Europe, a review of the experience

Progressing towards TB elimination. A follow-up to the Framework Action Plan to Fight Tuberculosis in the European Union

Informes de reuniones

Enero

First annual meeting of the invasive bacterial infections surveillance network in Europe

Febrero

Expert forum on communicable disease outbreaks on cruise ships

Marzo

Training strategy for intervention epidemiology in the European Union

Abril

Second annual meeting of the European Food- and Waterborne Diseases and Zoonoses Network

Mayo

Annual meeting of the European Influenza Surveillance Network (EISN)

Junio

First annual meeting of the European Reference Laboratory Network for Tuberculosis

Expert consultation on healthcare-associated infection prevention and control

Julio

Surveillance in EU and EEA/EFTA countries

Diciembre

Developing health communication research: a focus on communicable diseases—challenges and opportunities

Informes relativos a misiones

Febrero

Consulta pública y el progreso del sistema sanitario en la Antigua República Yugoslava de Macedonia

Octubre

West Nile virus infection outbreak in humans in Central Macedonia, Greece – July–August 2010

Informes técnicos

Marzo

Climate change and communicable diseases in the EU Member States: Handbook for national vulnerability, impact and adaptation assessments

Joint European pandemic preparedness self-assessment indicators⁷

Septiembre

Conducting health communication activities on MMR vaccination

⁷ Publicado por la OMS.

Publicaciones corporativas

Summary of key publications 2009

Annual Report of the Director 2009

Strategies for disease-specific programmes 2010–2013

ECDC Insight

Executive Science Update

Publicaciones regulares

Weekly/bi-weekly influenza surveillance overview (42 issues in 2010)

Influenza virus characterisation, summary Europe (9 issues in 2010)