

VIGILANCIA DEL ECDC

Informe epidemiológico anual 2011 Resumen

Este informe presenta el análisis de los datos de vigilancia de 2009 notificados por los 27 Estados miembros de la UE y tres países del EEE/EFTA, así como un análisis de las amenazas detectadas en 2010. Está dirigido a los legisladores, epidemiólogos y al público en general y su objetivo es ofrecer una visión global de los aspectos importantes de las enfermedades contagiosas en la Unión Europea. El informe describe áreas en las que se precisa una respuesta más consensuada de la sanidad pública para reducir la carga presente y futura de la enfermedad contagiosa sobre la sociedad y los sistemas sanitarios. Los datos aquí presentados contribuyen a la tarea del ECDC de proporcionar pruebas fundamentadas para la acción de la sanidad pública.

Aunque la calidad y la comparabilidad de los datos notificados han mejorado considerablemente desde la creación del ECDC, el lector debe ser cauteloso al hacer comparaciones directas de los datos presentados entre los países. Los sistemas de vigilancia difieren mucho y la relación entre el número de casos notificados confirmados y la incidencia real varía entre países para muchas enfermedades.

Infecciones de las vías respiratorias

En abril de 2009 surgió en Norteamérica un virus de gripe pandémica A(H1N1) y poco después se registraron casos en el Reino Unido y en otros Estados miembros. Después de un pico inicial en primavera y verano, la mayor parte de las transmisiones del virus se produjeron en otoño y a principios de invierno y luego disminuyeron a niveles muy bajos a principios de 2010. El ECDC monitorizó la pandemia mediante la extensión de los sistemas europeos de vigilancia normales, incluida la vigilancia de las consultas de medicina general centinela, muestras positivas a la gripe de las consultas centinela y la vigilancia de infecciones respiratorias agudas graves en hospitales centinela.

Casi todos los casos de gripe fueron provocados por el nuevo virus A(H1N1)2009 y sólo un pequeño porcentaje de los casos se debieron al virus B (linaje Victoria). Quedó eclipsado el anterior A(H1N1) estacional y con él la resistencia asociada al oseltamivir, ampliamente utilizado para la profilaxis y el tratamiento durante la pandemia. La mayor afluencia a las consultas de atención primaria se observaron en el grupo de edad entre 0 y 14 años, pero los casos más graves se dieron en adultos de menos de 65 años.

Once Estados miembros monitorizaron de diversas maneras los casos respiratorios agudos graves hospitalizados. Desde la semana 40/2009, se notificaron 9 469 casos con 569 muertes relacionadas. La tasa de casos notificados disminuyó con la edad y los desenlaces graves se relacionaron con la mayor edad, sexo masculino y la presencia de al menos una enfermedad subyacente. Excepcionalmente, un 20 % de las muertes por gripe confirmadas fue en adultos y niños anteriormente sanos, a menudo asociado a un síndrome disneico agudo.

En agosto de 2010, se declaró oficialmente que la pandemia había entrado en la fase postpandémica. En el invierno de 2010, un gran número de pacientes infectados con la cepa de la pandemia requirieron cuidados intensivos, lo que sometió a presión a los sistemas de salud de varios países a pesar de que la estación de gripe

fue relativamente leve. La mitad de las cepas de gripe investigadas durante la temporada de vigilancia de la gripe 2010/2011 se debió a la cepa pandémica.

Los Estados miembros utilizaron una vacuna monovalente recomendada por la OMS, con definiciones divergentes de los grupos diana. Las vacunas utilizadas resultaron efectivas contra el virus pandémico y se observó una alta eficacia de la vacuna; no obstante, su impacto fue limitado porque fue utilizada después de que se hubieran producido la mayoría de los contagios. En agosto de 2010 Finlandia, seguida por Suecia, notificó un aumento de los casos de narcolepsia en adolescentes vacunados con una marca comercial específica de la vacuna de la pandemia. Se inició una serie de estudios para investigar si existe una relación causal entre la vacuna y la narcolepsia.

Entre las lecciones sobre la vigilancia y la respuesta que han surgido de esta experiencia de pandemia está la necesidad de que los países europeos refuercen su vigilancia individual y colectiva de la gripe estacional "normal", puesto que los sistemas en situaciones de pandemia se desarrollan a partir de esta base. La pandemia demostró también la necesidad de que los países refuercen su capacidad de realizar la necesaria investigación aplicada sobre la epidemiología de la cepa pandémica en el momento preciso, tanto durante la pandemia como durante el periodo inmediatamente posterior.

Durante 2009 se detectaron varios brotes de gripe aviar entre las aves, entre los que pueden mencionarse dos debidos a cepas altamente patógenas - Alemania, A(H5N1) y España, A(H7N7). No se notificaron casos humanos asociados a los brotes de gripe aviar.

La enfermedad del legionario (legionelosis) sigue siendo un contagio poco frecuente en los países de la UE y del EEE/EFTA. También ha habido un descenso significativo desde 2007 del número de casos asociados a viajes: en 2009 se identificaron 88 grupos de casos de infección asociados a viajes. Esta disminución en el número de casos asociados a viajes puede estar relacionada con una mejor implementación de las directrices para el control de la *Legionella* y con la disminución de los viajes internacionales durante la recesión económica global. Es necesario estudiar más a fondo esta situación.

La tuberculosis (TB) sigue siendo una infección frecuente y una carga de la enfermedad importante; anualmente se siguen notificando casi 80 000 casos en toda la UE. El número de casos de tuberculosis notificado siguió disminuyendo; se ha registrado un ligero pero sostenido descenso del número de notificaciones en la UE/EEE en total desde 2005 de aproximadamente el 4 % anual. La mayoría de los Estados miembros notificaron una disminución del número de casos en este periodo. Algunos países con tasas relativamente bajas de infección (por ejemplo, los países nórdicos, Chipre, Malta, Reino Unido) notificaron tasas crecientes asociadas, al menos parcialmente, a un número creciente de casos originados fuera del país que los notifica. La tuberculosis tiene mayor prevalencia entre los grupos marginados y desfavorecidos, como inmigrantes, sin techo, pobres urbanos, presos, personas infectadas con el VIH y consumidores de droga.

La proporción de casos de tuberculosis multirresistente a terapias combinadas (MDR TB) bajó ligeramente a partir de 2008 (5,3 %), pero la proporción de estos casos calificados como tuberculosis resistentes a los muchos fármacos (7 %) es preocupante y está relacionado en primer lugar con pautas de tratamiento mal diseñadas o incompletas. El índice global de éxitos terapéuticos para la cohorte de 2008 fue del 78 %; seis países notificaron haber alcanzado el objetivo del 85% de éxitos terapéuticos para la cohorte de 2007.

VIH, infecciones de transmisión sexual, hepatitis B y C

La infección por VIH sigue siendo uno de los principales problemas de la sanidad pública en Europa. El número total de casos confirmados notificados anualmente en la UE y en los países del EEE/EFTA se ha estabilizado en unos 28 000 casos al año. Los hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres formaban el grupo con mayor número de casos (35 %), seguido por los que adquirieron el virus por contacto heterosexual en Europa (24 %) y por el de los usuarios de drogas inyectables (5 %). Las transmisiones de madre a hijo, las infecciones nosocomiales, las transfusiones u otros productos de la sangre representaban sólo un 1 % de los casos.

Se siguen observando tendencias en los esquemas de transmisión de enfermedades. Entre 2004 y 2009 el número de casos de hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres aumentó en un 24 %, los casos adquiridos por transmisión heterosexual notificados en los Estados miembros europeos se mantuvieron relativamente estables con algunos signos de disminución en 2009; los casos de transmisión heterosexual originados en países con epidemia de VIH generalizada disminuyeron en casi un 50 %. El número de casos de los usuarios de drogas inyectables también disminuyó sustancialmente.

Como reflejo del mejor acceso y efectividad del tratamiento, el número de diagnósticos de SIDA en la UE ha disminuido en más de la mitad entre 2004 y 2009. Los países bálticos fueron una excepción, con un aumento del número de casos de entre el 8 % y el 76 %.

La clamidia es la infección de transmisión sexual (ITS) notificada con mayor frecuencia en la UE, con casi 350 000 casos notificados en 2009. Los índices notificados se han más que duplicado en los últimos 10 años. Este aumento refleja sobre todo las medidas adoptadas por los Estados miembros para mejorar el diagnóstico y la notificación de la infección, incluido el desarrollo de programas de cribado y vigilancia. Más de las tres cuartas partes de los casos se diagnosticaron en adultos jóvenes de menos de 25 años. No obstante, es probable que no se notifiquen todos los casos debido a la naturaleza asintomática de la infección. La clamidia constituye una importante y creciente carga de infección tanto para los individuos (predominantemente adultos jóvenes) como para los servicios de salud, dado el número de infecciones y que en algunas mujeres provoca una disminución de la fertilidad.

Los índices notificados de gonorrea y sífilis son mucho más bajos y las tendencias parecen ser relativamente estables, con una ligera disminución (9 %) global de los casos notificados para ambas infecciones en 2006-09. Sin embargo, los índices notificados varían enormemente entre países y algunos de ellos no notifican estas infecciones. Los índices de gonorrea disminuyeron significativamente en varios Estados miembros en 2006-09; en el Reino Unido, Países Bajos y los Estados bálticos se notificaron índices más altos y estables. La creciente resistencia a los principales antibióticos utilizados en el tratamiento de la gonorrea en la UE es un problema emergente de la sanidad pública. Tanto los casos notificados como las tendencias para los casos de sífilis variaron también en gran medida entre los Estados miembros en 2006-09. Varios países notificaron un gran aumento del número de casos, en su mayoría asociados a aumentos del número de notificaciones de infección en hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.

El número de casos notificados de hepatitis B disminuyó constantemente en toda la UE durante 2006-09, con disminuciones en la mayoría de los Estados miembros. Dentro de esta disminución global, la epidemiología refleja una mezcla compleja de transmisión sexual, por la sangre y perinatal que varía en los diferentes Estados miembros. La tendencia global de casos de hepatitis C notificados parece estar disminuyendo en el tiempo y se cree que la hepatitis C es la forma más común de hepatitis vírica en la UE. No obstante, esta observación sólo es tentativa, ya que los sistemas de vigilancia de muchos Estados miembros no distinguen entre infección aguda y crónica. Además, las diferencias entre prácticas de diagnóstico y los sistemas de vigilancia en los Estados miembros para ambas infecciones aumenta las variaciones entre los índices notificados por los distintos países y hacen particularmente difícil comparar la información para estas enfermedades a nivel de país.

La coordinación de las redes de vigilancia para VIH/SIDA e infecciones de transmisión sexual se integró en el ECDC en 2008 y 2009 respectivamente y en 2011 el ECDC estableció una nueva red para la vigilancia de la hepatitis. El ECDC está trabajando con estas redes para mejorar la estandarización de la vigilancia de estas enfermedades y para lograr que la información sobre su epidemiología sea más comparable.

Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica

Las infecciones por *Salmonella* y *Campylobacter* siguen siendo las enfermedades gastrointestinales notificadas con más frecuencia en toda la UE. La incidencia notificada de infección por *Salmonella* ha disminuido constantemente desde 2004, gracias, al menos en parte, a los programas eficaces de control de la infección en la industria aviar; los índices de infección por *S. enteritidis* disminuyeron en un 24 % en comparación con 2008. El índice de casos más alto se da en la República Checa, Eslovaquia, Hungría y Lituania, aunque también ha disminuido sustancialmente en estos países en los últimos años. El mayor número de casos notificados de infección por *Salmonella* sigue siendo en niños de menos de 5 años. Sigue siendo además la causa de muchos brotes; en 2009 los Estados miembros verificaron 324 brotes que incluyeron 4 500 casos identificados. Algunos brotes fueron multinacionales, incluido un brote de *S. goldcoast* (seis países de la UE) y *S. typhimurium* tipo (FDT) 191a (que afectó al Reino Unido y a Estados Unidos).

Las infecciones por *Campylobacter* son las infecciones gastrointestinales notificadas con más frecuencia en Europa y son ubicuas en todos los Estados miembros. Los índices notificados son estables, la mayoría de los casos son esporádicos y los brotes son infrecuentes. Sin embargo, la frecuencia de la infección constituye una carga de enfermedad importante y una minoría de las personas con esta infección sufre una discapacidad sustancial, incluida la artritis. También en este caso, los índices de infección notificados más altos se dan en niños muy pequeños. Aunque el origen de la infección es desconocido en muchos casos, la carne de ave es considerada como la principal fuente de infección por transmisión alimentaria y las actuales y probablemente futuras medidas de control siguen centrándose en ella.

Las enfermedades parasitarias, en particular la criptosporidiosis y la giardiasis, siguen siendo causas importantes de infección gastrointestinal en Europa y es frecuente que no sean diagnosticadas ni suficientemente notificadas. La carga de estas enfermedades sigue estando insuficientemente caracterizada, al igual que la información sobre las intervenciones para reducir su aparición.

Muchas enfermedades de este grupo siguen notificándose en pocas ocasiones. Algunas de ellas tienen graves consecuencias para algunos de los individuos afectados (p. ej., carbunco, botulismo, listeriosis, toxoplasmosis). En

general, estas enfermedades se notifican desde todos los puntos de la UE y los índices de casos confirmados parecen relativamente estables con escasa o ninguna tendencia discernible a lo largo del periodo 2006-09.

Hubo algunas excepciones importantes en 2009. Los casos de carbunco fueron más frecuentes, debido principalmente a un brote entre los consumidores de droga por vía intravenosa en el Reino Unido; el carbunco debería ser considerado una enfermedad emergente en relación con esta vía de transmisión. Los índices de síndrome urémico hemolítico (SUH), una manifestación clínica potencialmente mortal de la infección por STEC/VTEC, fueron notificados con mayor frecuencia en 2009 que anteriormente. Esto puede estar relacionado con las características de los tipos de *E. coli* responsables de dos grandes brotes en el Reino Unido y en los Países Bajos; no obstante, esta posible tendencia hacia una infección más grave debería ser revisada. Las muertes por infección por la variante CJD siguen disminuyendo.

Algunas infecciones gastrointestinales raras o infrecuentes son más frecuentes en determinadas regiones y países. La brucelosis es notificada principalmente en Portugal, España y Grecia, asociada principalmente con la cría de caprino; la mayoría de los casos de triquenosis se notificaron en Bulgaria, Rumanía y Lituania, lo que puede estar asociado con el consumo de cerdo y jabalí de crianza doméstica; la mayoría de los casos confirmados de equinococosis se notificaron en Bulgaria. Los informes de casos de yersiniosis están disminuyendo globalmente, pero los índices de casos notificados siguen siendo altos en los países nórdicos, Alemania, República Checa y Eslovaquia; la infección está a menudo asociada con el consumo de carne de cerdo. Los índices más altos de casos confirmados de listeriosis se dieron en Dinamarca y han aumentado en los últimos años por motivos que siguen siendo inciertos. La notificación de casos de hepatitis A fue relativamente infrecuente en general, pero los índices de casos confirmados siguen siendo relativamente altos en Letonia, República Checa, Eslovaquia, Rumanía y Bulgaria.

La fiebre tifoidea y paratifoidea y el cólera se consideran enfermedades raras en la UE y en el EEE/EFTA, pero los casos que surgen son en su mayoría importaciones esporádicas de fuera de la Unión y su distribución refleja las pautas de viaje de los ciudadanos de la UE a países donde estas enfermedades son endémicas.

Enfermedades emergentes y transmitidas por vectores

El índice notificado de casos de malaria permanece estable y casi todos los casos son importados de países fuera de la Unión. La distribución de casos en los Estados miembros refleja principalmente las pautas de viaje de los ciudadanos a países donde la malaria es endémica. En 2009 Grecia notificó un reducido número de casos autóctonos de *Plasmodium vivax*. En 2010 España notificó su primer caso autóctono de *Plasmodium vivax* desde 1961.

Italia, Hungría y Rumanía siguieron notificando en 2009 casos esporádicos de fiebre del Nilo occidental (infección por WNV). Las características de los casos italianos indican que continúa el brote que se produjo en 2008 en el norte de Italia. En 2010 se observó en varios países de la UE un recrudescimiento de enfermedades transmitidas por mosquitos, incluida la infección por WNV. El número de casos de WNV en humanos en 2010 fue el más alto notificado en Europa en la última década; Grecia acaparó la mayoría de los 340 casos confirmados en la UE. Aparte de Grecia, también se notificaron casos de WNV en España, Hungría, Rumanía e Italia, así como un importante brote en el sur de Rusia.

Se notificaron dos casos autóctonos de dengue en el sur de Francia y 15 casos autóctonos de dengue en Croacia, dos zonas en las que se sabe que el mosquito vector *Aedes albopictus* está bien establecido. Las cifras de casos de chikungunya aumentaron significativamente en 2009 en viajeros que regresaban de países donde hay contagio. En 2010 se notificó por segunda vez en Europa un contagio autóctono (tras el brote italiano de 2007), con dos casos identificados en el sur de Francia. Es necesaria una vigilancia estrecha y continuada (humana, veterinaria, entomológica) para mantener esta situación bajo control.

Se siguieron notificando índices altos de casos de fiebre Q, principalmente debido a un brote en los Países Bajos que duró varios años. El actual es el mayor brote comunitario de fiebre Q que se haya notificado nunca. También se notificaron casos y algún pequeño brote en una serie de países, entre otros Bélgica, Alemania, Irlanda y Bulgaria. La fiebre Q es una enfermedad infradiagnosticada debido a sus características clínicas inespecíficas y además algunos países no la notifican.

Las infecciones por hantavirus siguen siendo la fiebre hemorrágica viral notificada con más frecuencia; la mayoría de los casos fueron notificados por Finlandia en 2009. Los Estados miembros notificaron también un número considerable de casos de fiebre del dengue; en cuanto a la malaria, la epidemiología refleja los viajes de los ciudadanos a países donde el dengue es endémico. Otras formas de fiebre hemorrágica viral se notificaron raramente (como casos esporádicos importados), o no se diagnosticaron en 2009.

No se notificaron casos de peste, viruela o SARS en los Estados miembros en 2009, pero hubo un caso de fiebre amarilla (en una persona que viajó a Ghana).

Las enfermedades transmitidas por vectores siguen siendo una carga importante para los Estados miembros, tanto por los viajeros infectados que regresan de países donde estas enfermedades son endémicas, como por el riesgo de que la transmisión de enfermedades se establezca en los países de la UE. La fiebre del Nilo occidental es ahora endémica en Europa por la presencia de vectores competentes y con la aparición de brotes en otras regiones del mundo existe el riesgo de que la transmisión autóctona de otras enfermedades, como el dengue y la chikungunya, se establezcan en los países europeos en los próximos años.

Enfermedades prevenibles por vacunación

La mayoría de las enfermedades prevenibles con vacunación siguieron mostrando una tendencia descendente o estable en la incidencia notificada de casos confirmados en 2009, aunque en 2010 se produjo un rebrote considerable de sarampión. Entre las enfermedades con programa de vacunación primaria, los casos de difteria fueron infrecuentes y siguieron disminuyendo, limitándose a unos pocos casos en cinco países. Se notificaron casos aislados de tétanos en algunos países; Italia fue una excepción con 58 casos notificados. No se notificaron casos de polio en 2009, pero un gran brote en 2010, que afectó principalmente a Tajikistán y a los países vecinos, con casi 500 casos confirmados debidos al poliovirus natural serotipo 1 (WPV1), supuso un gran reto para el estatus certificado libre de polio de las regiones europeas.

La enfermedad invasiva por *Haemophilus influenzae* siguió siendo rara y de tendencia estable, lo que refleja los beneficios de haber introducido previamente la vacuna; los casos fueron dominados por serotipos no encapsulados y no b. También la enfermedad meningocócica invasiva sigue siendo relativamente rara a raíz de la introducción de la vacuna contra el grupo C, aunque los índices de muerte y discapacidad siguen siendo importantes. La frecuencia de notificación de la enfermedad neumocócica invasiva es mayor, pero los sistemas de vigilancia para esta enfermedad son heterogéneos y no universales en toda Europa y los efectos de la introducción de la vacuna neumocócica son difíciles de valorar.

Para otras enfermedades el panorama epidemiológico es más variado y preocupante. A pesar de ser una vacuna primaria en todos los países, la tos ferina sigue siendo una infección relativamente frecuente e infradiagnosticada, con índices de notificación estables o crecientes. Se notifica un número creciente de casos en niños mayores, adolescentes y adultos. Estos constituyen una gran reserva y una fuente importante de infección para niños pequeños vulnerables.

En toda Europa se siguen notificando miles de casos de sarampión, paperas y rubéola. En 2010 se renovó el compromiso de eliminar el sarampión y la rubéola autóctonos, pero no se logrará su eliminación para 2015 salvo que todos los Estados miembros intervengan de manera eficaz para extender la cobertura de vacunación. Las comunidades con acceso limitado a los servicios básicos de salud constituyen un reto especial. Sólo tres países (Eslovenia, Eslovaquia e Islandia) han notificado cero casos desde 2006.

El número de casos de sarampión en la UE en conjunto disminuyó en 2009 comparado con los años anteriores de máximos (2006, 2008) y se notificaron brotes o aumento en el número de casos en 2009 por parte de Francia, Alemania, Italia, Austria, Bulgaria, Reino Unido e Irlanda. Pero en 2010 la incidencia volvió a aumentar claramente; Bulgaria contó con la mayoría de los más de 30 000 casos notificados en Europa, incluyendo 21 muertes.

Los casos de sarampión aumentaron significativamente en 2009 debido principalmente al brote nacional en el Reino Unido, relacionado con la llegada a la edad universitaria de cohortes no vacunadas. Los casos confirmados de rubéola disminuyeron en 2009, reflejando en parte la resolución de un brote en Italia en 2008, pero también las variaciones en los sistemas de vigilancia y de notificación, como los índices muy bajos de confirmación en laboratorio y los cambios en las definiciones de casos utilizadas por algunos países para hacer la notificación.

Resistencia a los antimicrobianos e infecciones asociadas a la atención sanitaria

Basándose en los datos sobre resistencia a los antimicrobianos notificados a EARS-Net por 28 países en 2009 y en los resultados de análisis de tendencias, incluidos datos EARSS de años anteriores, la situación en Europa muestra grandes variaciones según el microorganismo, el antimicrobiano en cuestión y la región geográfica.

En 2009 las tendencias más preocupantes fueron la susceptibilidad rápidamente decreciente de *Escherichia coli* aislado de infecciones invasivas frente a todos los antimicrobianos, incluidos en la vigilancia de ERAS-Net a excepción de los carbapenémicos y los altos porcentajes de resistencia frente a las cefalosporinas de tercera generación, fluoroquinolona y aminoglucósidos en *Klebsiella pneumoniae* aislada en infecciones invasivas. En la mitad de los países que presentaron informes, el porcentaje de colonias de *K. pneumoniae* multirresistentes (resistencia combinada a cefalosporinas de tercera generación, fluoroquinolonas y aminoglucósidos) fue superior al 10% y algunos países también notificaron altos porcentajes de resistencia a los carbapenémicos.

Estos antibióticos se han utilizado ampliamente en muchos países debido a la creciente prevalencia de enterobacterias productoras de beta-lactamasa (ESBL) de amplio espectro y esto llevó a la aparición de la producción de carbapenemasas (VIM, KPC y DM-1), especialmente en *K. pneumoniae*. La resistencia a las cefalosporinas de tercera generación en *E. coli* también aumentó de forma importante en los últimos cuatro años en más de la mitad de los países que presentaron informes.

Aunque el porcentaje de *Staphylococcus aureus* resistentes a la metilina (MRSA) entre las colonias de *Staphylococcus aureus* parece estar estabilizado, o incluso ha disminuido en algunos países europeos, el MRSA continúa siendo una prioridad para la sanidad pública, ya que la proporción de MRSA sigue estando por encima del 25% en más de un tercio de los países que presentaron informes.

Los datos sobre el consumo de antimicrobianos notificados a ESAC siguieron mostrando una variación de casi el cuádruple entre los distintos países en el uso de antibióticos por parte de los pacientes ambulatorios expresado en dosis diarias definidas por población. También se dieron grandes variaciones entre los países en el uso relativo de diversas clases de antimicrobianos. Las penicilinas siguieron siendo el grupo antimicrobiano usado con más frecuencia, oscilando entre el 29 % y el 66 % del total de los antimicrobianos usados por pacientes ambulatorios. Otras clases de antimicrobianos (p.ej., cefalosporinas, macrólidos, quinolonas) se utilizaron de forma ambulatoria en proporciones muy variables dependiendo del país.

Por primera vez desde que en 2008 se transfirió al ECDC la coordinación de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria, los datos se recogieron a través del sistema TESSY del ECDC. Diecisiete países enviaron datos sobre al menos uno de los componentes de la vigilancia de las infecciones asociadas a la atención sanitaria (IAAS). En comparación con 2008, el número de intervenciones quirúrgicas incluidas en la vigilancia para 2009 aumentó en un 9,6% y el número de UCI participantes en un 22,7% con respecto a 2008.

En 2009 continuó la tendencia decreciente en la prevalencia de infecciones en el lugar de la intervención tras una artroplastia de cadera. La distribución de microorganismos asociados a infecciones adquiridas en las unidades de cuidados intensivos mostró una gran proporción de colonias de enterobacterias resistentes a las cefalosporinas de tercera generación (en particular, *Klebsiella* spp. y *Enterobacter* spp.). La resistencia a la colistina de *Pseudomonas aeruginosa*, *Acinetobacter baumannii* y *Stenotrophomonas maltophilia* fue notificada con mayor frecuencia en 2009.

Conclusiones

La pandemia de 2009 y 2010, sus secuelas y evaluaciones de la respuesta plantearon una serie de cuestiones acerca de la preparación y la respuesta ante nuevas cepas de virus de la gripe de características esencialmente desconocidas. Una de las lecciones recurrentes extraída de las revisiones de la experiencia europea es la necesidad de reforzar la vigilancia sistemática de la gripe estacional en hospitales y, sobre todo, en las unidades de cuidados intensivos de muchos Estados miembros y su coordinación a nivel europeo. Los sistemas de vigilancia que están funcionando bien pueden adaptarse a las situaciones pandémicas; no se pueden improvisar fácilmente de cero durante una emergencia de sanidad pública. Aunque aún no se ha dilucidado la naturaleza de la asociación entre una de las vacunas contra la gripe pandémica y la narcolepsia en niños y adultos jóvenes, el control eficaz de la cobertura de la vacunación y la seguridad y la rápida investigación de los signos debe ser parte integral de la vigilancia y farmacovigilancia de la gripe, como lo es el control de la otra cara de la moneda, que es la eficacia de la vacuna. Sin embargo, la prioridad actual es determinar las características de la nueva gripe estacional en Europa, lo que incluye controlar los niveles de la transmisión de los virus resistentes.

Probablemente se pasen por alto algunos objetivos europeos a no ser que los Estados miembros puedan implementar intervenciones más eficaces. Los brotes y las epidemias de sarampión son más frecuentes y más extendidas que antes: la epidemia en Bulgaria de 2009 es un recordatorio de lo difundida e intensa que pueden ser estas epidemias, donde se podían haber evitado muchos casos de infección y muerte. La epidemiología del sarampión y de la rubéola tiende más a empeorar que a mejorar y diversos Estados miembros están luchando para lograr o mantener unos niveles de inmunización adecuados. A pesar de que el índice global de notificaciones de tuberculosis sigue disminuyendo lentamente, el progreso para lograr la confirmación bacteriológica de un tratamiento exitoso para todos los casos de tuberculosis sigue siendo limitado. La nueva irrupción de la polio con el brote en Tajikistán subraya que el mantenimiento del estatus libre de polio de la región europea sigue siendo objeto de vigilancia continua.

La capacidad de reconocer, investigar e identificar el origen probable de un brote sigue teniendo una importancia decisiva para las enfermedades de transmisión alimentaria o hídrica. En este informe se indican los brotes nacionales e internacionales de las enfermedades provocadas por organismos desde cryptosporidium y norovirus, hasta listeriosis y VTE, que afectan a países de toda la Unión. Los brotes multinacionales de *Salmonella* subrayan la necesidad de coordinar mejor la investigación y las medidas de control en todos los Estados miembros, a nivel europeo y entre organizaciones y redes humanas, veterinarias y de seguridad alimentaria. Otro ejemplo de ello fue el brote en 2011 de *E.coli* enterohemorrágica centrado en Sajonia, Alemania.

El desarrollo de resistencia de los microbios frente a los antibióticos usados contra ellos sigue siendo un gran problema para la sanidad pública, ilustrado por los casos europeos de las enterobacterias productoras de la carbapenemasa metalo-beta-lactamasa (NDM-1), provenientes del subcontinente indio. Es necesario que los países intensifiquen sus programas para la prescripción basada en la evidencia y otras medidas para reducir la presión sobre la aparición de cepas bacterianas resistentes. El progreso conseguido en la reducción de la prevalencia de infecciones por *Staphylococcus aureus* resistentes a la meticilina (MRSA) en una serie de países es alentador, e indica lo que se puede lograr mediante este tipo de estrategias coordinadas.

Las enfermedades emergentes en el contexto europeo siguen constituyendo un riesgo para la sanidad pública. El virus del Nilo occidental debe considerarse ahora como endémico en los países del sudeste europeo y se están notificando casos autóctonos de enfermedades que antes (en los tiempos modernos) se consideraban sólo importadas: malaria, dengue y chikungunya. En todos los Estados miembros amenazados por estas enfermedades es necesario coordinar y reforzar la vigilancia humana, veterinaria y medioambiental, además de desarrollar contramedidas eficaces.

Otras enfermedades se consideran "emergentes" por los cambios observados en los grupos afectados y los medios de transmisión. El carbunco ha surgido como enfermedad potencialmente epidémica entre los usuarios de drogas inyectables. La epidemiología del VIH en diferentes grupos sigue evolucionando de modos diversos en los distintos países.

Hay una serie de enfermedades que siguen siendo susceptibles de infradiagnóstico y falta de notificación, lo que complica los esfuerzos para comprender su carga y desarrollar intervenciones adecuadas por parte del sistema de sanidad pública. Entre ellas están las enfermedades de diarrea por parásitos, como la giardiasis y la cryptosporidiosis, para las cuales no existen servicios de diagnóstico clínico sistemático en todos los Estados miembros. Otras enfermedades continúan o bien sin ser vigiladas o sin ser notificadas por algunos Estados miembros. Entre ellas hay algunas responsables de una carga considerable de la infección, desde la campilobacteriosis y la tos ferina hasta la gonorrea y la malaria. Para otras enfermedades y para algunos Estados miembros, la notificación de casos conforme a las definiciones establecidas por la UE continúa siendo un importante desafío.

Tabla A. Visión general de la tendencia global reciente, del índice de notificación UE y de los principales grupos de edad afectados, para las enfermedades contagiosas notificadas al ECDC, 2009

Enfermedad	Tendencia general 2006-2009	Índice europeo de casos confirmados para 2009 (por 100.000)	Principales grupos de edad afectados (2009)
Infecciones de las vías respiratorias			
Gripe	↔	N/P	0-14
Gripe animal	Datos insuficientes	0,0	Datos insuficientes
Enfermedad del legionario (legionelosis)	< >	1,0	45+
Tuberculosis	↓	9,1	25+
VIH, infecciones de transmisión sexual e infecciones víricas de transmisión hemática			
Clamidia	↑	185,1	15-24
Gonorrea	↔	9,7	15-34
Hepatitis B	↓	1,2	15-64
Hepatitis C	Datos insuficientes	8,2	25-64
VIH	↔	5,7	25+
Sida	↓	1,0	40-49
Sífilis	↔	4,5	20-44
Enfermedades de transmisión alimentaria e hídrica y zoonosis			
Carbunco	N/P	<0,01	Datos insuficientes
Botulismo	↔	0,03	0-4, 25-64
Brucelosis	↓	0,08	15+
Campilobacteriosis	↔	53,1	0-4
Cólera	N/P	<0,01	Datos insuficientes
Criptosporidiosis	< >	2,7	0-4
Equinococosis	↓	0,2	25+
<i>Escherichia coli</i> productora de las toxinas Vero/Shiga (VTEC/STEC)	< >	0,9	0-4
Giardiasis	↔	5,6	0-4
Hepatitis A	↔	3,4	0-24
Leptospirosis	↓	0,1	15+
Listeriosis	↔	0,35	65+
Salmonelosis	↓	23,6	0-4

Shigelosis	< >	1,6	0-44
Toxoplasmosis congénita	N/P	0,01	<1
Triquinelosis	←→	0,15	5-64
Tularemia	< >	0,18	45+
Fiebre tifoidea y paratifoidea	←→	0,3	0-44
Variedad de la enfermedad de Creutzfeldt-Jakob (vCJD)	N/P	<0,01	Datos insuficientes
Yersiniosis	↓	2,0	0-14
Enfermedades emergentes y transmitidas por vectores			
Paludismo (malaria)	←→	0,9	25-44
Peste	N/P	0,0	N/P
Fiebre Q	↑	0,6	45-64
Síndrome respiratorio agudo grave (SARS)	N/P	0,0	N/P
Viruela	N/P	0,0	N/P
Infección por hantavirus	Datos insuficientes	0,7	25+
Dengue	Datos insuficientes	0,1	15-64
Fiebre de Chikungunya	Aumento	0,02	25-64
Infección por el Virus del Nilo Occidental	Aumento	<0,01	45+
Fiebre amarilla	N/P	<0,01	N/P
Enfermedades prevenibles por vacunación			
Difteria	Disminución	<0,01	45+
Enfermedad invasiva por <i>Haemophilus influenzae</i>	←→	0,4	0-4, ≥65
Enfermedad meningocócica invasiva	←→	0,9	0-4, 15-24
Enfermedad neumocócica invasiva	↓	4,4	0-4, ≥65
Sarampión	←→	0,8	0-24
Parotiditis	Disminución	3,2	15-24
Tos ferina	←→	4,9	0-24
Poliomielitis	N/P	0,0	N/P
Rabia	N/P	<0,01	Datos insuficientes
Rubéola	←→	0,1	0-4, 15-24

Tétanos	↓	0,02	65+
Resistencia a los antimicrobianos e infecciones asociadas a la atención sanitaria			
Resistencia a los antibióticos	↑	N/P	N/P
Infecciones asociadas a la atención sanitaria	←→	N/P	N/P

N/P: no procede - hace referencia a enfermedades muy raras con ninguno o muy pocos casos observados.
 Datos insuficientes - hace referencia a enfermedades poco frecuentes en las que no se puede discernir con precisión la tendencia.