



2021-2025

Informe de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS)

Resultados de la Red Nacional de
Vigilancia Epidemiológica



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO
DE SANIDAD

Informe actualizado a fecha de 31 de enero de 2026 con los datos disponibles hasta la fecha.

GRUPO DE TRABAJO

Comunidades autónomas (por orden alfabético):

Canarias: José F. Marrero León, Eva Rivas Wagner, Álvaro Torres Lana. Dirección General de Salud Pública. Servicio Canario de la Salud.

Castilla-La Mancha: Pilar Peces Jiménez. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Consumo. Consejería de Sanidad. Castilla-La Mancha.

Madrid: Marcos Alonso García, Margarita Mosquera González, Susana Jiménez Bueno y Araceli Arce Arnáez. Subdirección General de Vigilancia en Salud Pública. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad. Comunidad de Madrid.

Región de Murcia: María Isabel Barranco Boada. Servicio de Epidemiología. Consejería de Salud, Región de Murcia. IMIB-Arrixaca y María Dolores Chirlaque López Centro de Investigación Biomédica en Red de Epidemiología y Salud Pública (CIBERESP), Madrid, Spain. Servicio de Epidemiología. Consejería de Salud, Región de Murcia. IMIB-Arrixaca, Universidad de Murcia.

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (Ministerio de Sanidad. Dirección General de Salud Pública y Equidad en Salud): Pilar Gallego-Berciano, Esteban Aznar Cano, Ivonne Torres Jiménez (MIR Medicina Preventiva y Salud Pública, rotación en CCAES).

TRAGSATEC (personal externo): Mónica Fernández Gorostiza

Centro Nacional de Epidemiología (Ministerio de Ciencia, Innovación y Universidades. Instituto de Salud Carlos III): María Sastre García.



Cita sugerida:

Ministerio de Sanidad. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Dirección General de Salud Pública y Equidad en salud. Informe de vigilancia de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. 2021-2025. Madrid, España. 2026

Consideraciones para la interpretación de este informe

Los resultados de este informe deben interpretarse en el contexto de una vigilancia nacional de las IRAS aún en fase de implantación y reflejan el grado de desarrollo de los sistemas de vigilancia y notificación, más que la magnitud real de los brotes de IRAS en España.

Es importante señalar que la **vigilancia** de los brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) **se encuentra actualmente en fase de desarrollo e implantación a nivel nacional**. La participación de las comunidades autónomas (CCAA) continúa ampliándose progresivamente y refleja distintos grados de desarrollo e implementación de los procedimientos de vigilancia y notificación de brotes de IRAS.

Los datos incluidos en este informe proceden de **cuatro CCAA** que han realizado un importante esfuerzo organizativo y técnico para establecer y consolidar los circuitos de detección y notificación de brotes en sus hospitales, tanto por parte de los profesionales de salud pública como de los profesionales de los hospitales que han contribuido a la generación de esta información.

Los resultados deben interpretarse con cautela, ya que la información disponible no es representativa del conjunto del Sistema Nacional de Salud. Además, la mayor parte de los brotes notificados proceden de dos CCAA. Por este motivo, los datos presentados tienen un carácter fundamentalmente descriptivo y no permiten realizar comparaciones entre comunidades autónomas ni extraer conclusiones sobre la carga o el riesgo de brotes de IRAS en los distintos territorios.

Asimismo, en este primer informe no se han estimado incidencias acumuladas, ya que estas podrían conducir a interpretaciones erróneas. Un aumento de las tasas a lo largo del período analizado puede reflejar principalmente una mejora en la implantación de los sistemas de vigilancia, una mayor sensibilización de los profesionales y una mayor capacidad de detección y notificación, más que un incremento real en la ocurrencia de brotes.

Este informe constituye una primera aproximación al conocimiento de los brotes de IRAS en España y establece una base de referencia para el fortalecimiento y la consolidación futura de la vigilancia a nivel nacional.



Listado de tablas y figuras

TABLAS

Tabla 1. Brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria.

España 2021-2025

Tabla 2. Distribución de los casos de brotes de IRAS por edad y sexo.

España 2021-2025

Tabla 3. Agente causal de los brotes de IRAS notificados. España 2021-2025

Tabla 4. Brotes de IRAS debidos a bacterias multirresistentes. España 2021-2025

Tabla 5. Número de brotes de IRAS por servicio hospitalario. España 2021-2025

FIGURAS

Figura 1. Distribución temporal (trimestral) de los brotes de IRAS notificados.

España 2021-2025

Figura 2. Número de brotes de IRAS notificados al nivel nacional por tipo y tamaño de hospital. España 2021-2025

Figura 3. Tamaño de los brotes de IRAS (número de casos infectados y colonizados).

España 2021-2025

Figura 4. Brotes de IRAS de mayor tamaño por agente causal. España 2021-2025

Figura 5. Mecanismos de transmisión en los brotes de IRAS. España 2021-2025

Figura 6. Medidas de control adoptadas en los brotes de IRAS. España 2021-2025

Introducción

Las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) son una complicación frecuente derivada de la atención sanitaria. Plantean una amenaza continua para el funcionamiento seguro y eficaz de los sistemas sanitarios y repercuten negativamente en la calidad de la prestación de los servicios de salud. Un alto porcentaje de estas infecciones son prevenibles o al menos se puede reducir el riesgo de adquirirlas mediante adecuados programas de prevención^{1,2}.

El Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) estimó que, cada año, 4,3 millones de pacientes adquirieron al menos una IRAS en los hospitales de la UE/EEE³ y que un total de 91.130 muertes fueron atribuibles a estas infecciones⁴.

En España, según el estudio EPINE (Estudio de prevalencia de la infección nosocomial)⁵, el 6,6% de los pacientes ingresados en los hospitales en 2025 presentaron al menos una IRAS. Un estudio llevado a cabo por el grupo EPINE ha estimado que la fracción atribuible de muertes por IRAS entre los pacientes hospitalizados con alguna IRAS es del 41,2% (6.774 muertes anuales) y del 3,2% entre todas las muertes hospitalarias. La mortalidad atribuible poblacional fue más alta para las infecciones respiratorias y las bacteriemias⁶.

La aparición de brotes de IRAS es un problema creciente en la mayoría de los países en relación con el aumento del uso de antimicrobianos, la aparición y aumento de microorganismos multirresistentes y el uso frecuente de técnicas diagnósticas y terapéuticas cada vez más complejas, unido al insuficiente cumplimiento de las medidas de control y prevención de la transmisión de infecciones por parte del personal sanitario⁷.

Los brotes hospitalarios representan un desafío constante para el sistema sanitario, por las posibles consecuencias en términos de morbi-mortalidad, alargamiento de las estancias hospitalarias o por la alteración del funcionamiento de los servicios sanitarios, ya que pueden llevar al cierre de salas hospitalarias o quirófanos, aplazamiento de cirugías electivas o al aumento de personal implicado. La gestión y contención de estos brotes consume una cantidad considerable de fondos y recursos tanto para el sistema sanitario como para los propios pacientes^{8,9}.

Los microorganismos más frecuentemente implicados en los brotes epidémicos son: *Staphylococcus aureus* resistente a la meticilina, *Enterococcus* spp. resistente a glucopéptidos, *Klebsiella pneumoniae* productora de BLEE, *Acinetobacter baumannii* y *Pseudomonas aeruginosa* multirresistentes y en las últimas décadas Enterobacterales productores de carbapenemasas y/o resistentes a carbapenémicos⁷. No obstante, la frecuencia de los

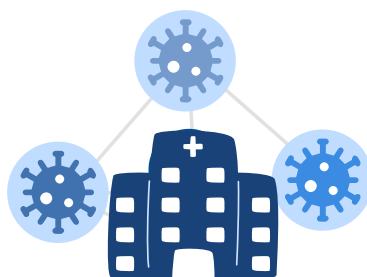
patógenos responsables de los brotes de IRAS puede cambiar a lo largo del tiempo y entre diferentes áreas geográficas. De hecho, las infecciones fúngicas por *Candida* son actualmente un problema emergente por su perfil de resistencias^{10,11}.

Para detectar y controlar de manera rápida y eficaz los brotes desde su inicio, es importante disponer de un programa de vigilancia, prevención y control de infecciones adecuado. Un sistema de vigilancia estructurado y operativo proporciona la información necesaria para establecer la línea base o punto de comparación y puede ayudar en la detección de brotes en los hospitales al detectar a tiempo incrementos imprevistos en las tasas de infección¹².

En España, la vigilancia epidemiológica de los brotes se realiza bajo el Real Decreto (RD) 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE)¹³. En esta vigilancia se incluyen no sólo los brotes de las enfermedades sujetas a vigilancia en España, sino también los de cualquier otra etiología.

En 2015 el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) aprobó el documento marco del sistema nacional de vigilancia de las IRAS¹⁴, que incluye la vigilancia de las infecciones de localización quirúrgica, las IRAS en las Unidades de Cuidados Intensivos, la prevalencia de las IRAS y uso de antimicrobianos, la vigilancia de tres grupos de microorganismos seleccionados por su problema de resistencias a los antimicrobianos (Enterobacteriales productoras de carbapenemasas y *Staphylococcus aureus* resistente a la metilicina) o por su relevancia clínico-epidemiológica (*Clostridioides difficile*) en los hospitales de agudos y la vigilancia de los brotes de IRAS. La notificación de brotes de IRAS a nivel estatal es de carácter obligatorio de acuerdo con un protocolo nacional aprobado por la Comisión de Salud Pública en 2016 (última revisión en abril 2019)¹⁵.

El Real Decreto 568/2024, de 18 de junio de 2024¹⁶, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública amplía la vigilancia a todos los aspectos de interés para la salud pública, de conformidad con lo dispuesto en la Ley General de Salud Pública (33/2011), e incluye ya, dentro del Sistema de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles la vigilancia de las resistencias a los antimicrobianos y de las infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (IRAS) con todos los módulos mencionados.



Objetivo

El objetivo de este informe es describir las características epidemiológicas de los brotes de IRAS notificados a la RENAVE desde enero de 2021 a diciembre de 2025, periodo previo a la actualización de los protocolos de vigilancia de la RENAVE (incluido el protocolo de brotes de IRAS), que se implementarán a lo largo del 2026-2027.

Metodología

Definición de brote de IRAS

De acuerdo con el protocolo nacional de vigilancia de brotes de IRAS de la RENAVE¹⁵ todavía vigente en la fecha de realización del informe, se considera brote de IRAS sujeto a vigilancia nacional, a dos o más casos de una IRAS por un mismo microorganismo, con asociación espacial y temporal, en la que se sospecha la existencia de un vínculo epidemiológico (transmisión hospitalaria). La aparición de un sólo caso de IRAS por un agente infeccioso nuevo o desconocido o reemergencia de una enfermedad a nivel autonómico debe tener la consideración de brote.

Se excluyen del informe 20 brotes que no cumplieron con la definición de brote. De estos, 7 tenían sólo casos colonizados y 13 tenían 1 caso de infección y resto de los casos estaban colonizados.

Periodo de estudio

Se analizaron los brotes de IRAS hospitalarios notificados a la RENAVE con fecha de inicio entre 1 de enero de 2021 y 31 diciembre de 2025.

A partir de la aprobación del protocolo de brotes de IRAS de la RENAVE por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud en 2016, las Comunidades autónomas y Ciudades con Estatuto de Autonomía (CCAA) comenzaron a desarrollar sus sistemas de vigilancia de brotes de IRAS. Dado el modelo de sistema sanitario descentralizado en España en donde las competencias en materia de salud pública las tienen las CCAA, el desarrollo de la vigilancia ha sido muy heterogéneo y durante los primeros años, incluido el año pandémico 2020, no hubo notificaciones de brotes a nivel estatal.

Análisis de los datos

Todos los datos se han recogido de acuerdo con la encuesta epidemiológica del protocolo nacional de brotes de IRAS vigente hasta el momento del análisis¹⁵.

La extracción de datos se realizó el 31 de enero de 2026 del SiViEs Plus, plataforma informática que da soporte a la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE) a nivel estatal.

El brote se asignó a la Comunidad autónoma (CA) declarante. Como fecha del brote se utilizó la fecha de inicio de síntomas del caso inicial o, si esta fecha era desconocida, la fecha más cercana a ésta. En el caso de colonizaciones se utilizó la fecha de la toma de la muestra diagnóstica positiva.

Se ha realizado un estudio descriptivo de las características clínico-epidemiológicas y microbiológicas del brote, de las fuentes y mecanismos de transmisión y de las medidas de control adoptadas.

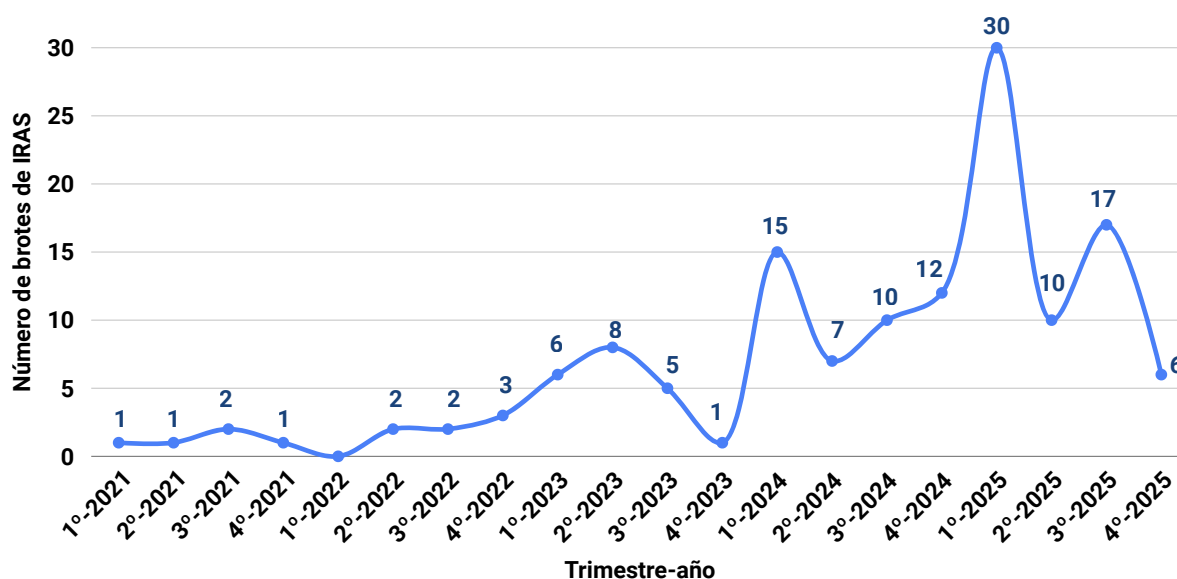
Los datos se procesaron y analizaron utilizando el software Stata versión 18 (StataCorp.2023.Stata Statistical Software: Release 18. College Station, TX: StataCorp LLC).

Resultados

Distribución temporal y geográfica

En el período comprendido entre el 1 de enero 2021 y el 31 de diciembre de 2025 se han notificado a la RENAVE un total de 139 brotes hospitalarios que cumplen definición de brote de acuerdo con el protocolo vigente en este período. El rango fue de 5 brotes notificados en 2021 a 63 en 2025, con un pico de 30 brotes notificados en primer trimestre del 2025 (**Figura 1**).

Figura 1. Distribución temporal (trimestral) de los brotes de IRAS notificados. España 2021-2025



Las CCAA que notificaron brotes en este periodo han sido Canarias (30,9% de los brotes notificados), Castilla La Mancha (1,4%), Comunidad de Madrid (65,5%) y la Región de Murcia (2,2%).

Tipo y tamaño de hospital

El 88,5 % de los brotes (123) han ocurrido en hospitales generales y el 54,7% (76 brotes) en hospitales grandes, de 650 camas o más. **Figura 2.**

Figura 2. Número de brotes de IRAS notificados al nivel nacional por tipo y tamaño de hospital. España 2021-2025



Características de los brotes

Los casos asociados a los 139 brotes notificados fueron 1.274, de los cuales 74,6% (n=951) fueron infecciones y 25,4% (n=323), colonizaciones. El tamaño mediano de los brotes fue de 6 casos, con un mínimo de 2 y un máximo de 114 casos. Se notificaron un total de 20 defunciones. En 6 brotes el inicio fue en el ámbito comunitario (caso primario comunitario) y en 95 brotes (68,4%) no estaba cumplimentada esta variable. En la **tabla 1** podemos ver esta información por año de inicio del brote.

Tabla 1. Brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria. España 2021-2025

Año	Brotes, n (%)	Nº casos			Tamaño brote (1)			Nº def (2)	Prim com (3)
		Casos	Infec	Colon	Mín	Máx	Mediana		
2021	5 (3,6)	85	22	63	7	32	11	6	0 (n=5)
2022	7 (5,0)	60	48	12	4	15	8	0	2 (n=5)
2023	20 (14,4)	153	111	42	2	41	4,5	6	3 (n=14)
2024	44 (31,7)	494	347	147	2	114	5	7	1 (n=2)
2025	63 (45,3)	482	423	59	2	58	6	1	0 (n=18)
TOTAL	139 (100)	1274	951	323	2	114	6	20	6 (n=44)

(1) Tamaño del brote. Mín: mínimo (menor número de casos asociado a un brote). Máx: máximo (mayor número de casos asociado a un brote). (2) Def: defunciones. (3) Prim com: Brotes con caso primario comunitario. (4) n=nº brotes con cumplimentación de la variable

La distribución de los casos por edad y sexo se muestra en la **tabla 2**.
 La cumplimentación de las variables sexo y edad fue escasa. En el 86% de los casos infectados y en el 87,9% de los colonizados no se disponía de la información de edad y sexo.

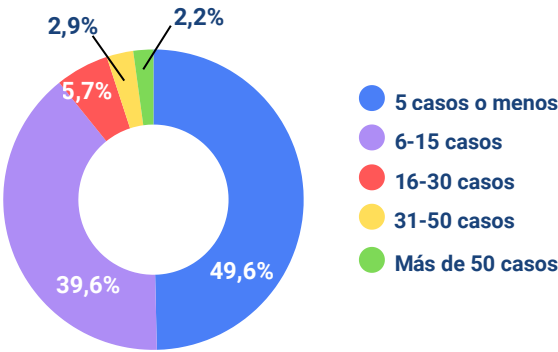
**Tabla 2. Distribución de los casos de brotes de IRAS por edad y sexo.
 España 2021-2025**

Edad (años)	Nº infectados				Nº colonizados				Nº defunciones			
	H	M	Desc	Total	H	M	Desc	Total	H	M	Desc	Total
< 1	0	0	6	6	0	0	1	1	0	0	0	0
1-4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5-14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15-24	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
25-44	3	0	1	4	2	2	1	5	1	0	0	1
45-64	13	8	2	23	9	3	0	12	3	2	0	5
≥ 65 años	28	29	3	60	10	9	0	19	0	3	0	3
Edad desc	16	23	818	857	1	1	284	286	0	0	11	11
TOTAL	61	60	830	951	22	15	286	323	4	5	11	20

H=hombre; M= mujer; Desc= desconocido

El 49,6% (n=69) de los brotes estaba compuesto por 5 o menos casos y el 39,6% entre 6 y 15 casos. El 10,8% (15 brotes) fueron brotes de mayor magnitud que implicaron a más de 15 casos. **Figura 3.**

**Figura 3. Tamaño de los brotes de IRAS (número de casos infectados y colonizados).
 España 2021-2025**



De los 139 brotes notificados, 42,4% (59 brotes) estaban causados por virus, 38,9% (n=54) por bacterias, 6,5% por parásitos (n=9) y 4,3% por hongos/levaduras (n=6). En 5 brotes (3,6%) no se encontró agente causal y fueron notificados como negativos y en 6 brotes (4,3%) no se había notificado el agente causal. Ver **tabla 3**.

De los 6 brotes sin agente causal notificado, 4 son brotes de gastroenteritis aguda, 1 se notificó como probable infección fúngica invasiva y en otro no se ha cumplimentado ni agente ni enfermedad. Los 5 brotes con resultado de la prueba diagnóstica negativa fueron brotes de gastroenteritis aguda.

El microorganismo más frecuente en los brotes notificados fue el virus de la influenza A (15,8% de los 139 brotes), seguido de *Klebsiella pneumoniae* (11,5% de los brotes) y norovirus (10,1%).

En dos brotes estuvo implicado más de un agente confirmado por laboratorio. En uno, los agentes implicados fueron *Escherichia coli* y *Klebsiella pneumoniae* y en el otro, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* y *Providencia stuartii*.

Entre los brotes con mayor número de casos (infectados y colonizados) se encontraron un brote por Norovirus (114 casos), uno por *Cryptosporidium* (58 casos), uno por *Serratia marcescens* (54 casos), dos por *Candida parapsilosis* (43 y 41 casos, respectivamente), uno por *Klebsiella pneumoniae* (41 casos) y uno por *Enterococcus faecium* (32 casos). **Figura 4**.

Figura 4. Brotes de IRAS de mayor tamaño por agente causal. España 2021-2025

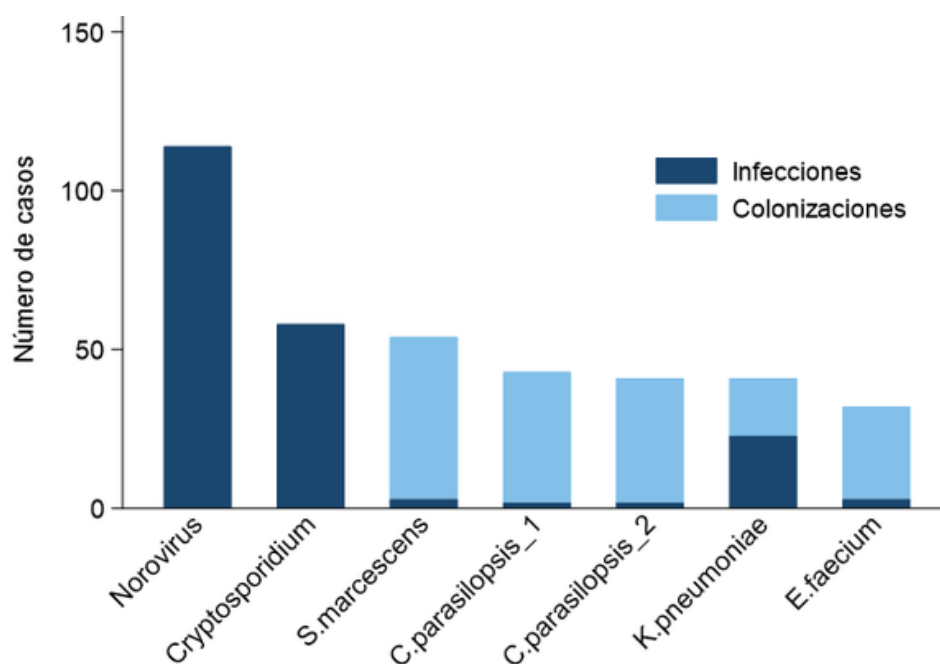


Tabla 3. Agente causal de los brotes de IRAS notificados. España 2021-2025

Microorganismo	Brotes n (%)	Nº de casos			Nº defunciones
		Casos	Infecc	Colon	
Bacterias					
Acinetobacter baumannii	6 (4,3)	26	15	11	1
Acinetobacter spp.	1 (0,7)	2	2	0	0
Burkholderia cepacia	1 (0,7)	5	5	0	0
Campylobacter spp.	1 (0,7)	6	6	0	0
Clostridioides difficile	7 (5,0)	42	42	0	2
Escherichia coli	4 (2,9)	67	43	24	1
Enterococcus faecium	2 (1,4)	34	5	29	0
Enterococcus spp.	1 (0,7)	3	3	0	0
Enterobacter spp.	1 (0,7)	9	3	6	0
Haemophilus influenzae	1 (0,7)	10	5	5	0
Klebsiella pneumoniae	16 (11,5)	155	79	76	8
Legionella pneumophila	1 (0,7)	4	4	0	0
Pseudomonas aeruginosa	2 (1,4)	13	8	5	0
Serratia marcescens	5 (3,6)	88	16	72	1
Staphylococcus aureus	3 (2,2)	22	14	8	1
Stenotrophomonas maltophilia	2 (1,4)	13	7	6	3
Total	54 (38,9)	499	257	242	17



Tabla 3. Agente causal de los brotes de IRAS notificados. España 2021-2025 (continuación)

Microorganismo	Brotes n (%)	Nº de casos			Nº defunciones
		Casos	Infecc	Colon	
Virus					
Enterovirus	1 (0,7)	2	2	0	0
Norovirus	14 (10,1)	201	201	0	0
Parainfluenzae	3 (2,2)	17	17	0	0
Rinovirus	4 (2,9)	19	19	0	0
Rotavirus	1 (0,7)	2	2	0	0
SARS-CoV-2	10 (7,2)	79	79	0	1
Influenza A	22 (15,8)	116	116	0	0
VRS	4 (2,9)	13	13	0	0
Total	59 (42,4)	449	449	0	1
Hongos					
Aspergillus flavus	1 (0,7)	3	3	0	0
Aspergillus fumigatus	1 (0,7)	3	2	1	0
Candida spp	1 (0,7)	2	2	0	0
Candida parapsilosis	3 (2,2)	87	7	80	0
Total	6 (4,3)	95	14	81	0
Parásitos					
Sarcoptes scabiei	8 (5,8)	66	66	0	0
Cryptosporidium	1 (0,7)	58	58	0	0
Total	9 (6,5)	124	124	0	0
Negativo					
	5 (3,6)	49	49	0	0
Desconocido o no realizado					
	6 (4,3)	58	58	0	2

Hay 20 brotes que no se han incluido en el análisis por no cumplir la definición de brote. De estos, 7 estaban formados sólo por colonizados (entre 2 y 7 casos) y los patógenos implicados fueron *Klebsiella pneumoniae* (3 brotes), *Pseudomonas aeruginosa* (1), *Serratia marcescens* (1), *Trichosporon* spp (1) y *Staphylococcus aureus* (1). Trece brotes presentaron un caso de infección y los demás fueron casos colonizados (entre 1 y 12 colonizados) y los patógenos implicados fueron: *Klebsiella pneumoniae* (6), *Klebsiella oxytoca* (1), *Klebsiella* spp. (1), *Enterococcus faecium* (3), *Enterobacter cloacae* (1) y *Serratia marcescens* (1).

Para el estudio de los brotes causados por microorganismos multirresistentes, de acuerdo con el protocolo nacional se han notificado los perfiles de resistencia de los patógenos causantes de IRAS de mayor interés y considerados como marcadores de resistencias a antimicrobianos (RAM) por ECDC*: *Staphylococcus aureus* resistente a meticilina, *Enterococcus* resistente a glicopéptidos (vancomicina y/o teicoplanina), *Enterobacterias*** resistentes a cefalosporinas de tercera generación*** y/o carbapenems**** y *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter* spp. resistentes a carbapenems. **Tabla 4.**

Tabla 4. Brotes de IRAS debidos a bacterias multirresistentes. España 2021-2025

Marcadores de RAM	Brotes n (%*)	Casos	Infecciones	Colonizac	Defunciones
SARM	1 (1,9)	11	5	6	1
<i>S. aureus</i> GLY-R	ND	-	-	-	-
<i>Enterococcus</i> GLY-R	1 (1,9)	32	3	29	0
Enterobacterias C3G-R	ND	-	-	-	-
Enterobacterias CAR-R	2 (3,7)	16	9	7	0
<i>P. aeruginosa</i> CAR-R	ND	-	-	-	-
<i>Acinetobacter</i> CAR-R	3 (5,6)	16	8	8	1

GLY-R: resistente a glicopéptidos; C3G-R: resistente a cefalosporinas de 3ª generación; CAR-R: resistente a carbapenems; ND: no hay datos de perfil de resistencia

*% del total de brotes por bacterias (54 brotes)

* European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals – protocol version 6.1. Stockholm: ECDC; 2022.

** Enterobacterias seleccionadas: (*Escherichia coli*, *Klebsiella* spp., *Enterobacter* spp., *Proteus* spp., *Citrobacter* spp., *Serratia* spp., *Morganella* spp)

*** Cefalosporinas de 3ª generación incluidas: cefotaxima, ceftriaxona, ceftazidima.

**** Carbapenems incluidos: imipenem, meropenem, doripenem, ertapenem (incluido en protocolos nacionales, no incluido por ECDC)

El perfil de resistencia para estos marcadores seleccionados no fue notificado en 34 brotes de los 41 causados por este grupo de bacterias (*Staphylococcus aureus*, *Enterococcus* spp, Enterobacterias, *Pseudomonas aeruginosa* y *Acinetobacter* spp.). El 13% (n=7 brotes) de los brotes por bacterias notificados fueron causados por bacterias multirresistentes (marcadores de resistencia), siendo más frecuentes los causados por *Acinetobacter* spp resistente a carbapenémicos (n=3; 5,6% de los brotes causados por bacterias).

En el 16,2% de los brotes (18 de 111 que notificaron esta variable) hubo personal sanitario afectado, variando entre 1 y 38 los profesionales afectados según el brote, con una mediana de 4 profesionales sanitarios afectados en cada brote (RIC: 3-6). Estos brotes estuvieron causados por Norovirus (8 brotes), por escabiosis (5 brotes), por *Cryptosporidium* (1 brote), por enfermedad vírica intestinal con cultivo negativo (1) y sin notificación del agente causal (3).

El 98,6% de los brotes fueron intracomunitarios y hubo 1 brote internacional (que afectó a más de un país). Este brote ocurrió en 2024, en un hospital de más de 500 camas; se identificaron 5 casos de bacteriemia por *Burkholderia cepacia* relacionados con el empleo de geles de ultrasonidos en la unidad de cuidados intensivos. El secuenciotipo fue similar a un brote detectado en Reino Unido en 2024 asociado también a geles de ultrasonidos^{17,18}

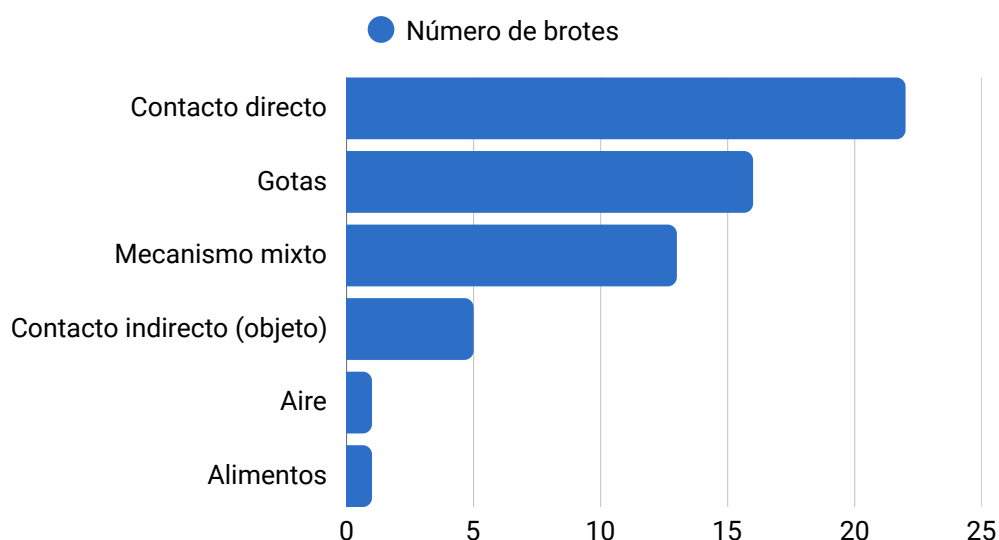
En 52 brotes (37,4%) tenemos información del servicio hospitalario implicado en el brote. Ver **tabla 5**. En 15 de estos brotes hubo más de 1 servicio implicado. Los servicios hospitalarios en los que se notificaron más brotes fueron: Medicina interna (17 brotes), seguido de otros servicios médicos (17 brotes, destacando dentro de este grupo, el servicio de digestivo y el de nefrología) y servicios quirúrgicos (16 brotes).

Tabla 5. Número de brotes de IRAS por servicio hospitalario. España 2021-2025

Servicio del hospital	Bacterias	Virus	Hongos/Levaduras	Parásitos	Total
Servicios quirúrgicos	12	4	0	0	16
UCI	8	0	0	0	8
Medicina Interna	14	3	0	1	17
Otros servicios médicos	7	10	0	0	17
Pediatría y neonatología	0	1	0	0	1
Otros	2	1	0	1	4

De los 139 brotes, el 41,7% (n=58) aportaron información sobre el mecanismo de transmisión. Los mecanismos sospechados más frecuentes fueron: contacto directo (37,9%), gotas (27,6%) y mecanismo mixto (22,4%). La transmisión mixta fue en la mayor parte de los casos por contacto directo e indirecto*. Ver **figura 5**.

Figura 5. Mecanismos de transmisión en los brotes de IRAS. España 2021-2025

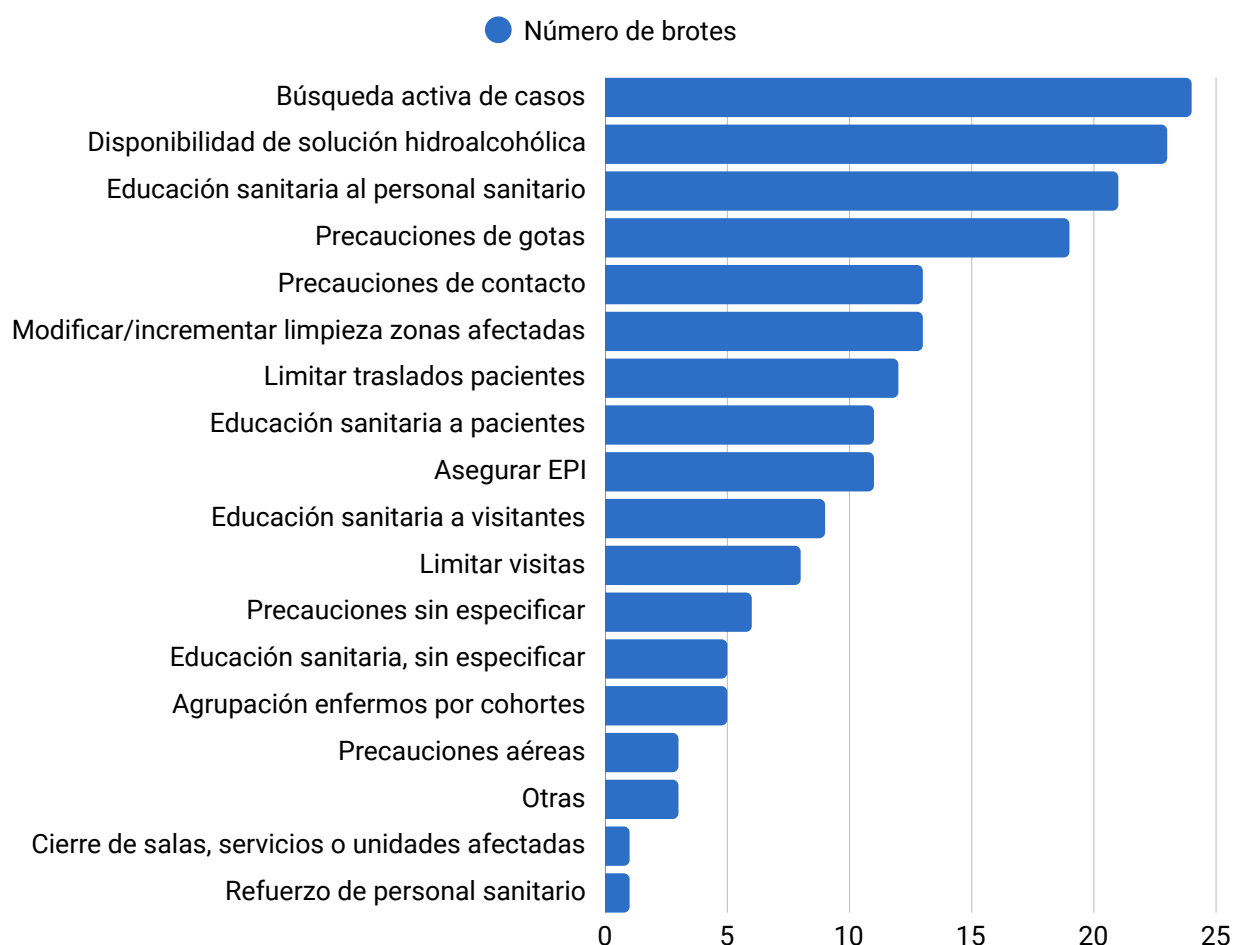


En 32 brotes de los 139 analizados se notificaron los vehículos contaminados o fuentes de infección considerados sospechosos (para cada brote se podía notificar más de uno). En el 71,9% de los 32 brotes el personal sanitario fue uno de los vehículos sospechados, los pacientes en el 57,4%, los familiares o visitantes en el 43,8% y el material diagnóstico-terapéutico en el 21,9%. Sólo en 1 brote se confirmó por laboratorio la implicación del vehículo de transmisión sospechado, fue un brote causado por *Burkholderia cepacia* asociado a geles de ultrasonido^{17, 18}.

El 28,1% de los brotes (39 brotes) notificaron las medidas de control adoptadas. Ver **figura 6**. La búsqueda activa de casos, la garantía de disponibilidad de solución hidroalcohólica para la higiene de manos, la educación sanitaria al personal sanitario, adopción de precauciones adicionales (gotas y/o contacto), la modificación o el incremento de la limpieza de zonas afectadas y la limitación de traslados de los pacientes fueron las medidas más frecuentemente implementadas para el control de los brotes.

*Transmisión por contacto directo: precisa un contacto cuerpo a cuerpo y la transferencia física de microorganismos entre un huésped susceptible y una persona infectada o colonizada. Transmisión por contacto indirecto: engloba el contacto de un huésped susceptible con un objeto contaminado que hace de intermediario, como pueden ser instrumentos, manos y guantes contaminados.

Figura 6. Medidas de control adoptadas en los brotes de IRAS. España 2021-2025



Calidad de los datos

La cumplimentación de varias variables del grupo de datos clínico-epidemiológicos del brote y del grupo de datos epidemiológicos de los pacientes ha estado por debajo del 50%. El alto porcentaje de valores perdidos ha dificultado la correcta caracterización de los brotes, ya que no se ha podido determinar la duración, si el brote era de origen comunitario, el servicio del hospital afectado por el brote o la distribución por sexo y edad de los casos.

La cumplimentación de los resultados de las pruebas de sensibilidad para los microorganismos con multirresistencia conocida en entornos hospitalarios fue menor del 25%. En más de la mitad de los brotes estudiados no se ha notificado el mecanismo de transmisión, la fuente contaminada o las medidas de prevención y control implementadas en los hospitales afectados.

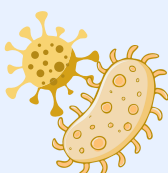
Conclusiones

Estado actual de la vigilancia de brotes de IRAS



- Infra-notificación del nivel hospitalario a Salud Pública de CCAA y del nivel autonómico al nivel estatal (cuatro CCAA han notificado brotes en el periodo 2021-2025).
- Dos CCAA han mostrado una mejoría significativa en su capacidad de notificación durante el periodo estudiado.
- En 2021 se registró el menor número de brotes, pero con el tamaño mediano más grande, lo que sugiere que en el primer año de vigilancia se notificaron los brotes más extensos.

Microorganismos en brotes notificados



- Predominio virus (42,4%), bacterias (38,8%), parásitos (6,5%) y hongos/levaduras (4,3%).
- Los más frecuentes: virus de la influenza A (15,8%), *K. pneumoniae* (11,5%) y Norovirus (10,1%).
- Los 5 brotes más extensos fueron por: Norovirus (114 casos), *Cryptosporidium* (58 casos), *Serratia marcescens* (54), dos por *Candida parapsilosis* (43 y 41).

Origen y transmisión en brotes notificados



- En 13,6% de los brotes el inicio fue en el ámbito comunitario (caso primario comunitario).
- Los servicios hospitalarios que más brotes notificaron fueron los servicios médicos, principalmente Medicina interna.
- El mecanismo de transmisión más frecuente fue por contacto directo. En el 71,9% de los brotes la fuente de infección sospechada fue el personal sanitario.

Medidas de control implementadas en brotes notificados



- La búsqueda activa de casos, garantía de disponibilidad de solución hidroalcohólica para la higiene de manos, educación sanitaria al personal sanitario y adopción de precauciones adicionales (gotas y/o contacto) fueron las medidas más frecuentemente implementadas para el control de los brotes

A medida que esta vigilancia se consolide, será importante seguir trabajando en la mejora de la calidad de la información y en una mayor participación de hospitales y comunidades autónomas, con el fin de disponer de un conocimiento más completo de los brotes de IRAS e impulsar medidas y estrategias, tanto a nivel autonómico como nacional, que apoyen a los hospitales en su prevención y control.

Referencias

1. World Health Organization. Report on the burden of endemic health care-associated infection worldwide. Geneva: World Health Organization; 2011.
2. World Health Organization. Guidelines on core components of infection prevention and control programmes at the national and acute health care facility level. Geneva: World Health Organization; 2016.
3. European Centre for Disease Prevention and Control. Point prevalence survey of healthcare-associated infections and antimicrobial use in European acute care hospitals. Stockholm: ECDC; 2024.
4. Cassini A, Plachouras D, et al. Burden of six healthcare-associated infections on European population health: estimating incidence-based disability-adjusted life years through a population prevalence-based modelling study. *PLoS Med*. 2016;13(10):e1002150.
5. Sociedad Española de Medicina Preventiva, Salud Pública y Gestión Sanitaria (SEMPSPGS). Estudio EPINE-EPPS nº 35: 2025. Informe España. Madrid: SEMPSPGS; 2025.
6. Cantero M, Salamanca C, et al. Attributable mortality to healthcare-associated infections: a comprehensive nationwide assessment in Spain, 2022 and 2023. *Euro Surveill*. 2026;31(7):2500139. doi:10.2807/1560-7917.ES.2026.31.7.2500139.
7. Horcajada JP, Padilla B. Endemia y epidemia. Investigación de un brote epidémico nosocomial. *Enferm Infecc Microbiol Clin*. 2013;31(3):181-186.
8. Tyner B, Geaney F, et al. Protocol: Development of a tool for the collection of costs attributable to infectious disease outbreaks in public acute hospitals. Cork: Centre for Infection and Climate Change Research (CICER), Health Information and Quality Authority (HIQA); 2024.
9. Sood G, Perl TM. Outbreaks in health care settings. *Infect Dis Clin North Am*. 2016;30(3):661-687. doi:10.1016/j.idc.2016.04.003.
10. De Gaetano S, Midiri A, et al. Candida auris outbreaks: current status and future perspectives. *Microorganisms*. 2024;12(5):927. doi:10.3390/microorganisms12050927.
11. Geremia N, Brugnaro P, et al. Candida auris as an emergent public health problem: a current update on European outbreaks and cases. *Healthcare (Basel)*. 2023;11(3):425. doi:10.3390/healthcare11030425.
12. Minimum requirements for infection prevention and control. Geneva: World Health Organization; 2019. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.
13. España. Real Decreto 2210/1995, de 28 de diciembre, por el que se crea la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica. *Boletín Oficial del Estado*. 1996 Jan 24;(21). Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/1995/12/28/2210/con>
14. Grupo de Trabajo de la Ponencia de Vigilancia Epidemiológica. Documento marco del Sistema Nacional de Vigilancia de Infecciones Relacionadas con la Asistencia Sanitaria. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.
15. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (RENAVE). Protocolo de vigilancia de brotes de infecciones relacionadas con la asistencia sanitaria (Protocolo-BROTOS). Madrid: RENAVE; 2016.

Referencias

16. España. Real Decreto 568/2024, de 18 de junio, por el que se crea la Red Estatal de Vigilancia en Salud Pública. Boletín Oficial del Estado. 2024 Jun 19;(148):57456-57478. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/rd/2024/06/18/568>
17. Acosta-Gutiérrez M, Fontán-García-Rodrigo L, et al. Nosocomial outbreak of *Burkholderia stabilis* related to the use of ultrasound gels in the Intensive Care Unit of the Hospital Universitario de La Princesa, Madrid. *Enferm Infecc Microbiol Clin (Engl Ed)*. 2026 Jun-Jul;44(6):503170. doi:10.1016/j.eimce.2026.503170.
18. GOV.UK [Internet]. [citado 14 de agosto de 2026]. Outbreak of *Burkholderia stabilis* associated with non-sterile ultrasound gel in the UK, 2024. HPR volume 19 issue 1: news (23 and 30 January 2025). Disponible en: <https://www.gov.uk/government/publications/health-protection-report-volume-19-2025/hpr-volume-18-issue-1-news-23-january-2025>.

Informe de brotes de IRAS 2021-2025

