

Pautas de vacunación

20/12/2018

La vacuna combinada SRP se administra con una pauta de dos dosis.

El Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en el calendario común de vacunación infantil español, recomienda administrar la primera dosis a los 12 meses de edad y la segunda entre los 3 y 4 años; esta dosis se puede aplicar antes si se respeta el periodo mínimo de 1 mes entre dosis.

En caso de tener que aplicar pautas de rescate, tanto en niños como en adultos, se recomienda aplicar las dos dosis separadas al menos de 1 mes.

¿Por qué debemos vacunar?

20/12/2018

Situación mundial

La prevención del SRC es el principal objetivo de los programas de vacunación contra la rubéola. Antes de la introducción de la vacuna, hasta cuatro de cada 1000 nacidos vivos tenían SRC.

Una epidemia de rubéola en los Estados Unidos durante los años 1964-1965, con 12,5 millones de casos de infección por rubéola, dejó cerca de 20.000 recién nacidos con SRC.

El mayor riesgo de SRC se encuentra en países con altas tasas de susceptibilidad a la rubéola en las mujeres en edad fértil. En 1996 se estimó que 22.000 niños nacieron con SRC en África,

46.000 en el sudeste de Asia y cerca de 13.000 en el Pacífico Occidental.

La vacunación a gran escala en la última década prácticamente ha eliminado la rubéola y el SRC en los países desarrollados y en algunos países en desarrollo. En la Región de las Américas de la Organización Mundial de la Salud (OMS) no se notifican casos endémicos de rubéola desde 2009. Las máximas tasas de SRC se registran en las regiones de la OMS de África y Asia Sudoriental, en las que la cobertura con la vacuna es la más baja.

Tabla 1.

Número de casos de rubéola notificados en 2017 por región de la OMS

Región de la OMS	Estados declarantes	Casos de rubéola
AFR	42/47	4521
AMR	26/35	0
EMR	20/21	850
EUR	30/53	713
SEAR	11/11	3434
WPR	13/27	2157
Total	142/194	11.675

Casos de rubéola en 1999-2016:

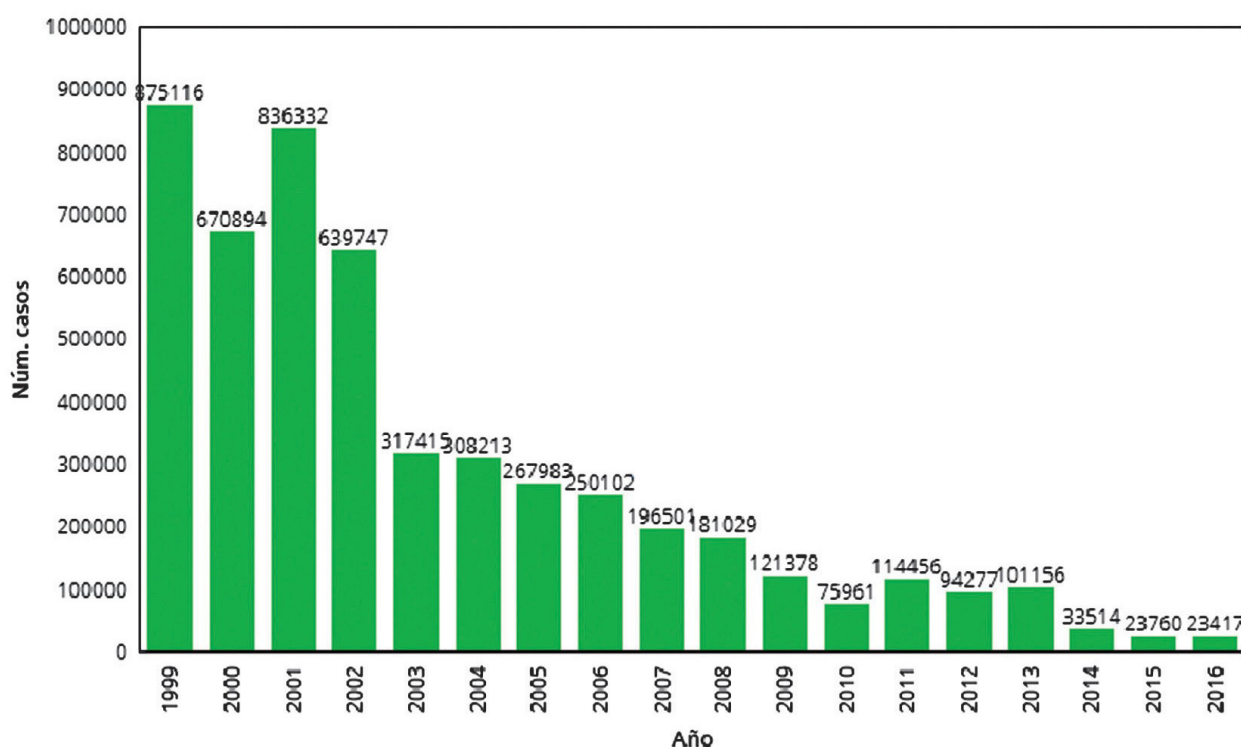
http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencerubella.html

Casos de SRC en 1999-2016:

http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary/timeseries/tsincidencecrs.html

Figura 1.

Total de casos de rubéola declarados en el mundo 1999-2016 (Fuente: Organización Mundial de la Salud)



Incidencia en Europa

En Europa, más del 90% de los países administran la vacuna de rubéola. Sin embargo, durante el año 2014, 28 países europeos reportaron 6110 casos de rubéola (*Surveillance Atlas of Infectious Diseases*).

En 22 de los 28 países que informaron, la tasa de notificación de la rubéola fue de menos de un caso por millón de habitantes.

Polonia representó el 96,5% de todos los casos de rubéola reportados en este periodo. Se observó el mayor número de casos en niños de 1-9 años de edad, y el 38% no estaban vacunados.

En 2017, 28 de los 30 Estados miembros de la Unión Europea/Espacio Económico Europeo notificaron 693 casos de rubéola, la mayoría de los cuales se concentraron en Polonia (496) con una incidencia de 13,06 casos por millón de habitantes, en Alemania (73) y en Italia (65).

Situación en España

Desde la introducción de los programas de vacunación, la incidencia de la rubéola ha mostrado una disminución progresiva. Como puede observarse en la figura 2, esta disminución ha sido drástica a partir del año 1997, pasando de 3828 casos (9,73 casos por 100.000 habitantes) a menos de 884 desde 1998, con 87 casos en el año 2004 (0,21 por 100.000 habitantes) y 4 casos en el año 2013 (0,01 por 100.000 habitantes).

Las tasas de incidencia de los últimos años indican una escasa circulación viral en nuestro país, con pequeños brotes localizados en algunas comunidades autónomas, que han afectado principalmente a adultos jóvenes: población inmigrante y varones adultos no cubiertos en los programas de vacunación de nuestro país.

Según los datos de la encuesta de serovigilancia efectuada en la Comunidad de Madrid durante los años 1999-2000, la seroprevalencia en personas de 2 a 60 años fue superior al 95%. Los estudios realizados en gestantes mostraban unas cifras próximas al 99%. Sin embargo, la seroprevalencia era mucho más baja en la población inmigrante en comparación con la autóctona. En muchos países, la vacuna frente a la rubéola se ha incluido muy recientemente en los calendarios vacunales, en especial para las personas de Latinoamérica.

Ante esta situación se han producido una serie de brotes de rubéola que han mostrado unas circunstancias comunes:

- En el año 2003 se produjo un brote de rubéola en la Comunidad de Madrid que afectó principalmente a mujeres en edad fértil; el 74% (14 casos) eran mujeres de entre 15 y 38 años, procedentes de países latinoamericanos.
- En el año 2005 hubo otro brote importante en la misma comunidad autónoma, con 460 casos; el 41,6% de las afectadas eran mujeres, y de ellas un 56,2% de un país

de origen diferente a España, la mayoría latinoamericanas (221 casos),

- El mismo año se notificó un brote en Cataluña que afectó a ocho personas, todas ellas de nacionalidad brasileña y sin viajes previos, pero que residían en un núcleo reducido con personas inmigrantes. Ninguna de las personas que contrajo la enfermedad estaba vacunada.

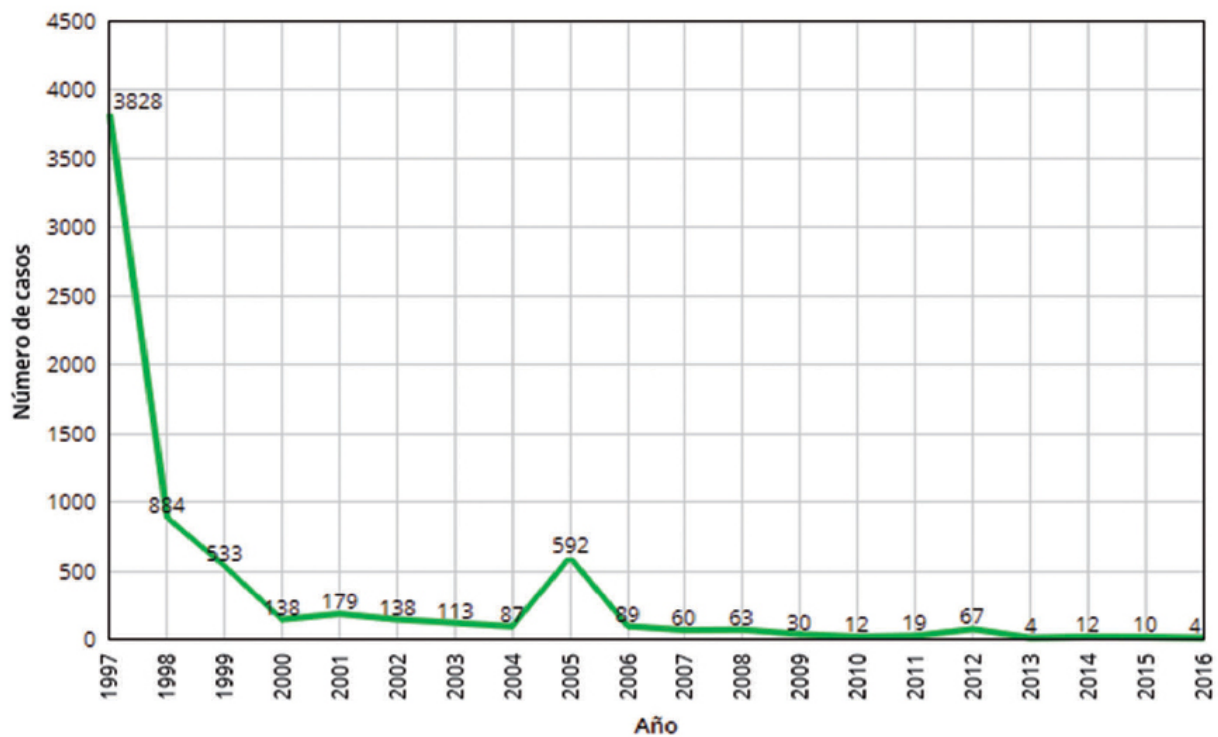
Desde la implantación de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica en 1997 se han identificado 21 casos de SRC, y de ellos ocho fueron notificados al sistema de vigilancia y los demás se han recuperado por búsqueda activa en la base de datos de altas hospitalarias (conjunto mínimo de datos).

Entre los años 2003 y 2016 se notificaron 15 casos de SRC. Cabe destacar los cinco casos del año 2005: dos en la Comunidad de Madrid (hijos de mujeres de 30 y 36 años procedentes de Colombia y no vacunadas), uno en Galicia (relacionado con el brote de Madrid, hijo de una mujer de 25 años de origen colombiano que había estado en contacto con otros casos de rubéola en la Comunidad de Madrid), otro en Valencia (que podría estar relacionado con el brote de Madrid, pero que no se pudo averiguar, hijo de una mujer de 40 años de origen africano) y un último caso en Cataluña (hijo de una mujer de 30 años de origen español, no vacunada). El último caso de SRC se produjo en 2014, en el hijo de una mujer de Marruecos. En 2015 y 2016 no se notificó ningún caso.

Entre 1997 y 2016, de los 19 casos de SRC notificados en los que se conocía el país de nacimiento de la madre, solo tres habían nacido en España.

Figura 2.

Número de casos de rubéola declarados en España de 1997 a 2016



Fuente: Boletín epidemiológico semana. Instituto de Saluds Carlos

Seguridad

20/12/2018

Mientras que los efectos adversos locales, como dolor y enrojecimiento en la zona de administración de la vacuna, son frecuentes y aparecen casi en la mitad de las personas vacunadas, otros efectos, como la fiebre, solo se han observado en un 5-6% de los vacunados. Ninguno de estos efectos fue considerado grave.

En el año 2010 se comparó la seguridad de Encepur® y FSME-IMMUN® en sus respectivas versiones para niños, y se observó una baja frecuencia de reacciones sistémicas, sin apreciar diferencias entre ambas vacunas.

Control de la enfermedad por virus del ébola

20/12/2018

Un buen control de los brotes requiere la aplicación de diferentes intervenciones, como la atención sanitaria y la movilización social, la vigilancia epidemiológica y la identificación de nuevos casos, así como asegurar las condiciones de seguridad de los entierros (fig. 1). También son importantes la separación de los enfermos y de las personas sanas, para evitar una mayor propagación, y el mantenimiento de una buena higiene y de la limpieza del entorno. Igualmente, la participación de la comunidad es fundamental para el éxito del control de los brotes.

El tratamiento de la EVE es sintomático y se basa en proporcionar cuidados de soporte temprano, como la rehidratación, que logran un aumento de la supervivencia. Hasta la fecha no existe ningún tratamiento autorizado con eficacia demostrada, aunque varias terapias experimentales se encuentran en fase de desarrollo.

Figura 1.

Detener los brotes de enfermedad por el virus del Ébola.
(Fuente: Centers for Disease Control and Prevention,
disponible en:

http://espanol.cdc.gov/img/cdc/ES_34046.pdf)

Detener los brotes de la enfermedad del Ébola



Encontrar

Encontrar y diagnosticar a los pacientes



FIEBRE Y SÍNTOMAS



PRUEBA DE SANGRE

LABORATORIO



PRUEBAS DE LABORATORIO

Responder

Aislar a los pacientes, encontrar y monitorear a los contactos del paciente



CAMA DE AISLAMIENTO



SE ENTREVISTA AL PACIENTE PARA SABER CON QUÉ PERSONAS TUVO CONTACTO

MONITOREE A LOS CONTACTOS POR

21 días

LUEGO DE LA EXPOSICIÓN



SE DEBE RECOMENZAR EL PROCESO PARA LOS PACIENTES NUEVOS

Prevenir

Control de la infección por los servicios de salud, entierros seguros, evitar el consumo de carne de animales salvajes



CONTROL DE LA INFECCIÓN



ENTIERROS SEGUROS



CARNE DE ANIMAL SALVAJE

Seguridad

20/12/2018

Reacciones adversas

La vacuna BCG es una de las más seguras, avalada por su uso sistemático a lo largo de casi 100 años, pero también es una de las más reactogénicas y deja cicatriz en el sitio de su inoculación en la mayoría de los vacunados²³. En general, la vacunación con BCG no suele causar fiebre ni malestar. A las 2-6 semanas de la vacunación se desarrolla una pequeña pápula que va aumentando de tamaño y puede ulcerarse unas semanas más tarde, y además puede producirse un engrosamiento de los nódulos linfáticos cervicales o axilares (adenopatía satélite). La pápula persiste durante 2-3 meses y deja una cicatriz permanente. Esta reacción no requiere tratamiento. La lesión cura espontáneamente con formación de una pequeña costra. Las reacciones adversas, siguiendo el sistema de clasificación MedDRA, pueden verse en la tabla 1.

Tabla 1.
Reacciones adversas clasificadas por órganos y sistemas
siguiendo la clasificación MedDRA. Fuente: AEMPS²⁴

Clasificación de órganos del sistema MedDRA	Frecuencia*	Reacción adversa
Trastornos de la sangre y del sistema linfático	Poco frecuentes	Aumento de tamaño de los ganglios linfáticos >1 cm
Trastornos del sistema nervioso	Poco frecuentes	Cefalea

Trastornos generales y alteraciones en el lugar de administración	Poco frecuentes	Fiebre, úlcera en la zona de inyección
Infecciones e infestaciones	Raras	Infección diseminada tal como osteítis u osteomielitis, linfadenitis supurativa, absceso en la zona de inyección
Trastornos del sistema inmunitario	Raras	Reacción alérgica, reacción anafiláctica

*Las categorías de frecuencia utilizadas son: Poco frecuentes (>1/1000, <1/100) y raras (>1/10.000, <1/1000).

Precauciones y contraindicaciones

La vacuna BCG al nacimiento estaría contraindicada en niños desnutridos y en prematuros con un peso al nacer de menos de 2,5 kg.

Dado que es una vacuna viva, también está contraindicada en mujeres embarazadas y en pacientes oncológicos o inmunocomprometidos que sufran una inmunodeficiencia congénita o adquirida por fármacos inmunosupresores, por radiación o por infección por el VIH. Tampoco se recomienda administrar la vacuna BCG si el paciente ha sido tratado con antibióticos durante los últimos 30 días. Igualmente está contraindicada en personas con TB activa, con prueba de la tuberculina positiva o con infección tuberculosa, aunque estudios recientes han demostrado que es segura en personas con infección tuberculosa latente²³.

Administración con otras vacunas o productos

La vacuna BCG mejora las respuestas de células T y B a otros antígenos vacunales y puede ser coadministrada con cualquier

otra vacuna (incluidas otras vacunas vivas) sin que se hayan descrito problemas mayores. La vacuna BCG mejora las respuestas de las citocinas Th1 y Th2 frente a antígenos no relacionados, y aumenta la respuesta de anticuerpos en la vacunación oral contra la poliomielitis. La única limitación sería la necesidad de administración en diferentes sitios anatómicos, y no se recomienda administrar ninguna otra vacuna en la misma extremidad dentro de los 3 meses posteriores a la administración de la vacuna BCG²³.

Profilaxis preexposición

20/12/2018

Las últimas recomendaciones de la OMS^{1,8} indican que solo debería considerarse la profilaxis preexposición cuando una persona tenga un mayor riesgo de exposición al virus de la rabia debido a su ocupación o por un viaje, y en casos extremos en subpoblaciones de zonas remotas endémicas de rabia.

Las pautas recomendadas (tabla 2) son:

- Cuatro dosis por vía intradérmica administradas de forma bilateral (dos cada día) los días 0 y 7.
- Dos dosis por vía intramuscular administradas de forma unilateral los días 0 y 7.

Tabla 2.

Resumen de las principales pautas de vacunación antirrábica preexposición

Nº dosis	Vía de administración	Dosificación	Inmunoglobulina antirrábica	Días administración
----------	-----------------------	--------------	-----------------------------	---------------------

4	Intradérmica bilateral	0,1 UI	No	0 y 7
2	Intramuscular unilateral	Vial completo	No	0 y 7

Pautas de vacunación

20/12/2018

Pautas de vacunación infantil

La vacunación infantil completa consiste en la administración de un total de cinco dosis de vacuna, siguiendo las recomendaciones de la Ponencia de Programa y Registro de Vacunaciones y aprobadas por la Comisión de Salud Pública el 5 de abril de 2016:

- Dos dosis durante el primer año de vida con un intervalo de 2 meses, a partir de los 2 meses de edad (2, 4), administrada con la vacuna combinada hexavalente.
- Una dosis de refuerzo a los 11 meses, administrada con la vacuna combinada hexavalente.
- Una dosis a los 6 años en la que se usa la vacuna DTPa de carga completa combinada con la vacuna antipoliomielítica (DTPa-IPV). Esta dosis se aplica a los primovacunados con la pauta 2 + 1. Los vacunados con la pauta de primovacunación de tres dosis y refuerzo a los 18 meses (3 + 1) se vacunan con dTpa de carga reducida.
- En la preadolescencia se administra una dosis a los 14 años de edad con la vacuna de baja carga antigénica de toxoide diftérico combinada con toxoide tetánico (Td).

Pautas de primovacunación en los adultos

Ante un adulto sin información sobre su historial de vacunación y cuando no sea una actuación frente a una herida, se tendrán en cuenta los siguientes criterios para no indicar la vacunación:

- Adultos varones menores de 60 años y mujeres menores de 50 años que hayan nacido en España (para personas extranjeras nacidas posteriormente a 1981 pueden revisarse los datos de cobertura de su país de origen publicados por la OMS: http://apps.who.int/immunization_monitoring/globalsummary) y que no dispongan de cartilla de vacunación o no se tenga constancia en registros de vacunación, pero que sean conscientes de haber recibido las vacunas correspondientes según la edad, hayan estado escolarizadas o se constate o recuerden que han recibido alguna dosis de vacuna con componente tetánico con anterioridad (bien en forma de vacunas combinadas trivalente, pentavalente o hexavalente), o recuerden haber sufrido una reacción local importante (fenómeno de Arthus) tras alguna vacuna recibida con anterioridad.
- Se interrumpirá la serie de vacunación si se presenta una reacción local importante a cualquier dosis de Td.

Si tras la primera valoración el sujeto tiene criterios de vacunación, se seguirá la siguiente pauta según las diferentes situaciones:

Adultos no vacunados:

Se recomienda una pauta de primovacunación con tres dosis de Td; la segunda a las 4 semanas de la primera y la tercera a los 6 meses de la segunda.

Adultos con primovacunación incompleta:

No se debe reiniciar la pauta de vacunación,

independientemente del tiempo pasado desde la última dosis. Se debe completar la pauta hasta completar las tres dosis, respetando los intervalos mínimos entre dosis (4 semanas entre la primera y la segunda, y 6 meses entre la segunda y la tercera).

Dosis de refuerzo

Vacunados correctamente en la infancia y la preadolescencia:

- Una dosis de refuerzo en torno a los 65 años.

Primovacunados en la edad adulta:

- Dos dosis de recuerdo con un intervalo recomendado de 10 años (intervalo mínimo de 1 año) entre las dosis hasta que completen un total de cinco dosis.
- Una dosis de refuerzo a los 65 años si han pasado más de 10 años desde la anterior dosis.

Vacunados de forma incompleta en la infancia:

- Administrar las dosis necesarias hasta alcanzar un total de cinco dosis, incluyendo la primovacunación con tres dosis.
- Una dosis de refuerzo a los 65 años si han pasado más de 10 años desde la última dosis.

Pautas para viajeros

No existe un aumento del riesgo de infección por tétanos en los viajeros. Como ante cualquier viaje, se recomienda la consulta a un centro de vacunación internacional con antelación suficiente a la realización del viaje para valorar el riesgo individual. Se seguirán las recomendaciones de vacunación de la población general, la revisión de su historial de vacunación frente al tétanos y su actualización si fuera preciso.

Pautas de vacunación

20/12/2018

Existen dos situaciones en las que está indicada la vacunación contra la rabia:

- **Vacunación preexposición:** cuando una persona previsiblemente podría entrar en contacto con el virus de la rabia; es decir, de forma preventiva, antes de que suceda la exposición al virus.
- **Vacunación posexposición:** cuando se ha producido una exposición con riesgo de infección.

La pauta de vacunación depende del tipo de vacuna utilizada, de la vía de administración y de si se trata de una vacunación antes o después de la exposición.

Bibliografía

20/12/2018

1. Pfeffer M, Dobler G. Emergence of zoonotic arboviruses by animal trade and migration. Parasit Vectors. 2010;3:35.
2. Public Health England. Capítulo 31: Tick borne encephalitis. En: Salisbury D, Ramsay M, eds. Immunisation against infectious diseases (The Green Book). Londres: PHD/ DH; 2016. Pp. 385-90. Disponible en:
https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/569289/2905811_Gr

een_Book_Chapter_31_v3_0.pdf. Consultado el 19 de abril de 2018.

3. European Centre for Disease Prevention and Control. Tick-borne encephalitis. En: ECDC. Annual epidemiological report for 2015. Stockholm: ECDC; 2018. Disponible en: https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/AER_for_2015-tickborne-encephalitis.pdf
4. Map of tick borne encephalitis endemic areas. Mappery. (Consultado el 19 de abril de 2018.) Disponible en: <http://www.mappery.com/map-of/Incidents-of-Tick-Borne-Encephalitis-in-Europe-East-Asia-and-Russia-Map>.
5. European Centre for Disease Prevention and Control. Epidemiological situation of tick-borne encephalitis in the European Union and Europe Free Trade Association countries. ECDC technical report (2012). (Consultado el 19 de abril de 2018.) Disponible en: <https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/media/en/publications/Publications/TBE-in-EU-EFTA.pdf>
6. Rendi-Wagner P, Zent O, Jilg W, Plentz A, Beran J, Kollaritsch H. Persistence of antibodies after vaccination against tick-borne encephalitis. Int J Med Microbiol. 2006;296(Suppl 40):202-7.
7. Beran J, Lattanzi M, Xie F, Moraschini L, Galgani I. Second five-year follow-up after a booster vaccination against tick-borne encephalitis following different primary vaccination schedules demonstrates at least 10 years antibody persistence. Vaccine. 2018 Feb 1. pii: S0264-410X(18)30022-7. doi: 10.1016/j.vaccine.2017.12.081. [Epub ahead of print]
8. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Información para el viajero: encefalitis centro-europea. Información sobre vacunas de interés para viajes internacionales. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/ENCEFALITIS_CENTRO_EUROPEA_.pdf
9. Centers for Disease Control and Prevention. Tick-borne

Encephalitis (TBE). 2014. Disponible en:
<https://www.cdc.gov/vhf/tbe/index.html>

10. World Health Organization. Immunization, vaccines and biologicals. Tick-borne encephalitis. 2014. Disponible en:

http://www.who.int/immunization/diseases/tick_encephalitis/en/

Por qué debemos vacunar

20/12/2018

Situación mundial

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera la encefalitis centroeuropea como la enfermedad transmitida por garrapatas de mayor trascendencia en Europa y Asia, convirtiéndose en un problema de salud pública internacional debido al incremento del número de viajeros a zonas de riesgo. Rusia y Europa presentan alrededor de 15.000 casos cada año, aunque estas cifras se consideran muy inferiores a las reales debido a que en muchos países la notificación no es obligatoria, y no existe una clara definición de caso.

Epidemiología

La enfermedad tiene carácter estacional, dado que la mayoría de los casos aparecen entre los meses de abril y noviembre, coincidiendo con el momento de mayor número de garrapatas. El mayor riesgo para ser picado por una garrapata y adquirir la infección se encuentra en áreas boscosas (hasta 1400 metros de altitud) de las zonas endémicas (áreas o regiones de mayor concentración de garrapatas portadoras del virus). La encefalitis centroeuropea es endémica en la mayoría de los

países del cinturón forestal euroasiático (fig. 3).

Se han identificado diversas zonas de riesgo y bolsas de alta incidencia en la zona central de Europa: en el este de Francia y en la región de Alsacia en particular. Sin embargo, las zonas de mayor concentración de casos se encuentran en los antiguos países de la URSS, los Balcanes y en países de Europa central como Polonia, la República Checa y Eslovaquia, Hungría, Yugoslavia, Alemania (en las regiones de Baviera y Baden-Wurtemberg), Austria y Suiza.

Hacia el Este, la zona de riesgo se extiende más allá de Rusia hasta Japón. Los continentes americano y australiano no presentan virus TBE.

Figura 3.
Regiones endémicas de encefalitis centroeuropea en el cinturón
forestal euroasiático⁴



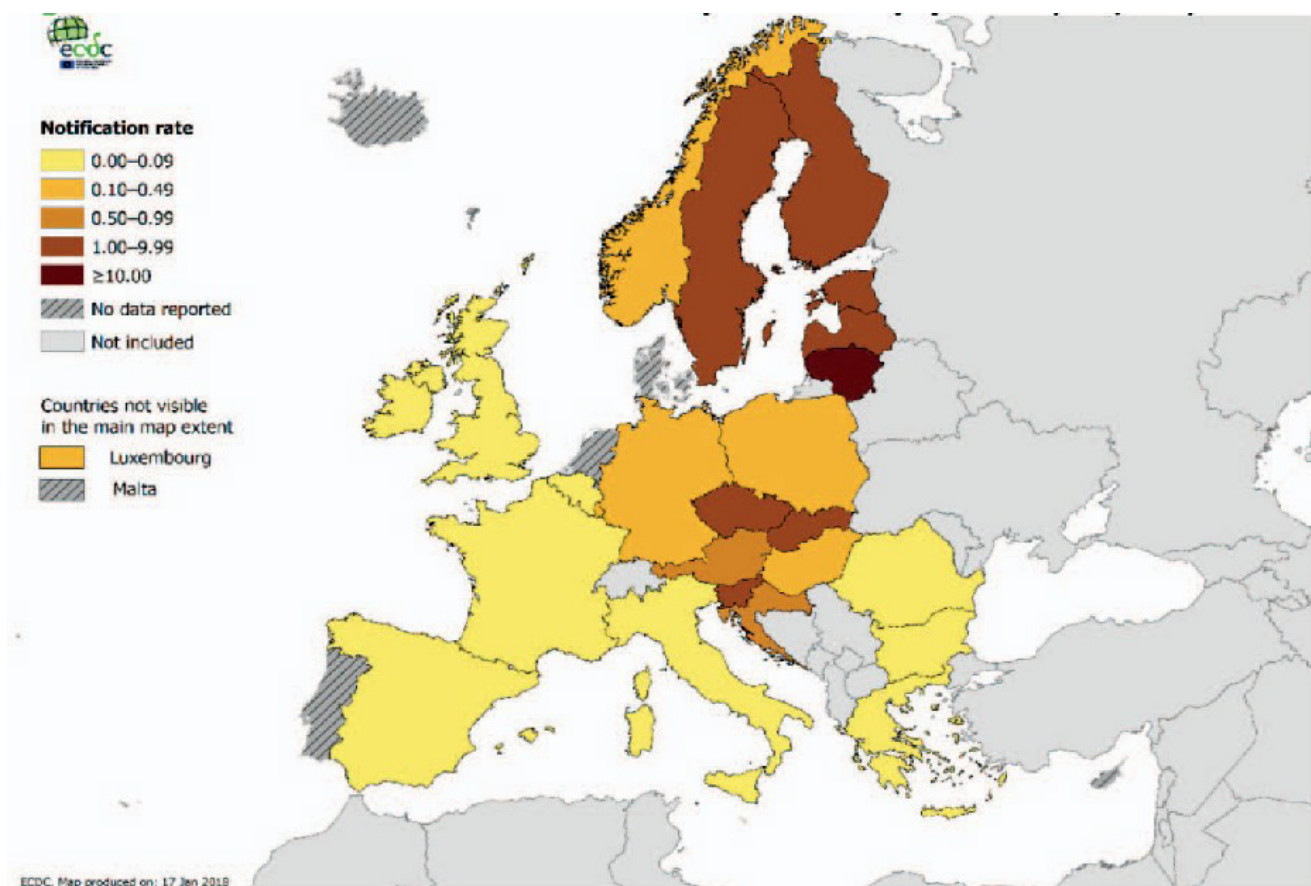
Sistema de vigilancia de la enfermedad⁵

En septiembre de 2012, solo 20 países de la Unión Europea disponían de sistemas de vigilancia específicos para la encefalitis centroeuropea. La figura 4 muestra las diferentes incidencias de la enfermedad en los países de la Unión Europea. Los países con una incidencia mayor son Estonia, Letonia y Lituania en el Norte, y Eslovenia en el Sur.

Otro dato relevante en la epidemiología de la encefalitis centroeuropea es que la vigilancia de la enfermedad varía en los diferentes países de la Unión Europea. El soporte y el fortalecimiento de estos sistemas de detección de casos de enfermedad, sobre todo en las regiones o zonas más endémicas, es importante para su control.

Figura 4.

Distribución de casos confirmados de encefalitis centroeuropea por 100.000 habitantes en Europa, en 2015³



Fuente: datos reportados por Alemania, Austria, Bélgica, Bulgaria, Croacia, Eslovaquia, Eslovenia, España, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Irlanda, Italia, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Noruega, Polonia, el Reino Unido, la República Checa, Rumanía y Suecia.

Situación epidemiológica actualizada (2015)³

Según el último informe sobre la situación epidemiológica de la encefalitis centroeuropea en Europa, que recoge datos de 24 países europeos, en el año 2015 se reportaron 1949 casos, cinco de ellos letales. Lituania, Estonia y Letonia continúan siendo los países con más altas tasas de notificación, y la República Checa y Lituania los que tienen un mayor número absoluto de casos reportados.

Según los datos acumulados desde 2012 por los países con sistemas de notificación disponibles, y por tanto comparables, el número anual de casos confirmados de encefalitis centroeuropea ha disminuido de 1955 en el año 2012 a 1680 en el año 2015.

Se ha descrito una mayor tasa de casos de encefalitis centroeuropea en hombres y en edades avanzadas, relacionados con actividades al aire libre, como recogida de setas y de frutos silvestres.

Tabla 1.

Distribución de casos confirmados de encefalitis centroeuropea en Europa. Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades, 2013-2015³

País	Año		
	2013	2014	2015
Alemania	419	264	219
Austria	100	81	79
Bélgica	3	0	1

Bulgaria	—	0	2
Chipre	—	—	—
Croacia	44	23	26
Dinamarca	—	—	—
Eslovaquia	157	115	80
Eslovenia	307	100	62
España	0	0	0
Estonia	114	82	115
Finlandia	38	47	68
Francia	1	9	10
Grecia	0	1	0
Hungría	27	26	22
Irlanda	0	0	0
Italia	0	0	5
Letonia	230	149	141
Lituania	487	353	336
Luxemburgo	—	0	1
Malta	—	—	—
Países Bajos	—	—	—
Polonia	136	131	115
Portugal	—	—	—
Reino Unido	0	2	0
República Checa	625	410	349
Rumanía	3	1	0
Suecia	209	78	268
Unión Europea	2900	1872	1899
Islandia	—	—	—
Liechtenstein	—	—	—
Noruega	6	13	9

Unión Europea/ Área Económica Europea	2906	1885	1908
---------------------------------------	------	------	------