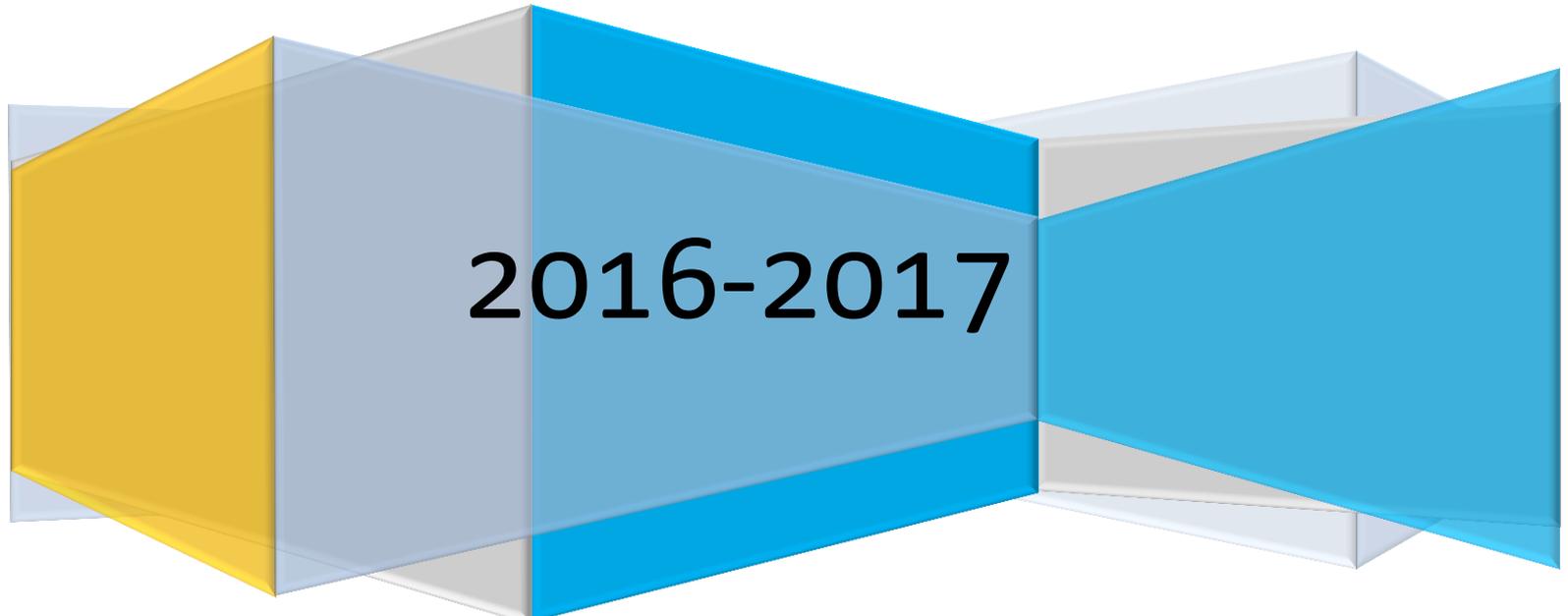


RED VIGÍA

TEMPORADA 2016-2017

País Vasco

- Vigilancia de la gripe estacional
- Vigilancia de casos graves hospitalizados con gripe confirmada
- Frecuentación de consultas por síndrome gripal en Atención Primaria
- Vigilancia de brotes de gripe
- Vigilancia microbiológica del VRS



2016-2017

INDICE

1. Red Vigía del País Vasco	1
1.1. Introducción	1
1.2. Evolución de la temporada gripal 2016-17 en el País Vasco.....	1
1.3. Caracterización de los casos.....	2
1.4. Vigilancia microbiológica.....	3
1.5. Comparativa de temporadas gripales.....	5
1.6. Estimación de la efectividad de la vacuna antigripal 2016-17.....	5
1.7. Brotes epidémicos de gripe.....	6
1.8. Casos graves hospitalizados con gripe confirmada.....	6
1.9. Frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria.....	9
1.10. Vigilancia microbiológica del virus respiratorio sincitial (VRS)	12
2. Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España (ScVGE)	12
2.1. Actividad gripal temporada 2016-17	12
2.2. Datos Viroológicos	13
2.3 Brotes por virus gripales.....	15
2.4 Casos graves hospitalizados con gripe confirmada.....	15
2.5 Efectividad vacuna antigripal 2016-17.....	17
3. Evolución internacional de la gripe	18
4. Gripe zoonótica o variante	18
5. Recomendaciones de la OMS para la vacuna antigripal 2016-17	19
6. Referencias bibliográficas	20

1. RED VIGÍA DE LA CAPV.

1.1.- Introducción.

En la temporada 2016-17 de gripe, mediante la Red Vigía, han participado 49 médicos (38 médicos generales y 11 pediatras) de Atención Primaria de Osakidetza, el laboratorio de virología del Hospital Universitario de Donostia y las Unidades de Vigilancia Epidemiológica de la CAPV. Además, colaboran médicos de una residencia de personas mayores en cada Territorio. El periodo de vigilancia se extendió desde la semana 40 del año 2016 (3 al 9 de octubre) hasta la semana 20 de 2017 (15 al 21 de mayo).

La población vigilada, la cual compone el denominador necesario para el cálculo de tasas de actividad gripal, está compuesta por 61.610 personas (2,7% de la población de la CAPV) y es representativa de la población total de la CAPV.

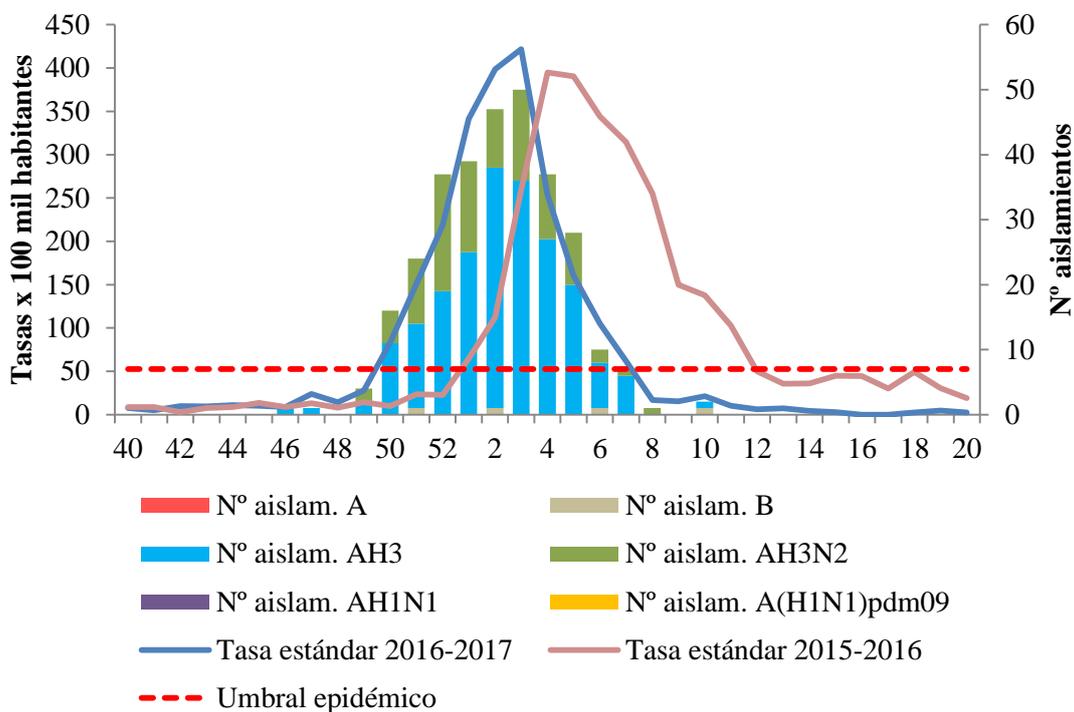
En la vigilancia de los casos graves hospitalizados con gripe confirmada han participado los Hospitales Universitarios de Cruces, Basurto, Donostia y Araba, además del Hospital Galdakao.

Los laboratorios de Osakidetza comunican los aislamientos de virus respiratorio sincitial, recogiendo estos en los informes la vigilancia de la gripe estacional.

1.2.- Evolución de la temporada gripal 2016-17 en el País Vasco.

En total se han registrado durante la temporada 2016-17 1.281 casos de gripe (2.409 casos por 100.000 habitantes). El umbral epidémico o basal de esta temporada se estableció en 52,22 casos por 100.000, el cual se superó en la semana 50/2016 (78,60 casos por 100.000). La onda epidémica registró valores por encima del umbral durante 10 semanas, situándose en valores pre-epidémicos de nuevo en la semana 8/2017 (17,23 casos por 100.000). La semana con mayor actividad gripal se observó en la semana 3/2017 (417,20 casos por 100.000) (Figura 1).

Figura 1. Evolución de la temporada gripal 2016-17. Red Vigía de la CAPV.



En comparación con la temporada anterior, la onda epidémica de esta temporada 2016-17 se inició tres semanas antes y registró tasas por encima del umbral durante 10 semanas frente a las 12 de la temporada previa.

1.3.- Características de los casos.

El 51,5% de los casos registrados en 2015-16 eran mujeres, el 45,7% hombres y en el 2,7% no consta el dato.

El 17,6% de los casos tienen algún factor de riesgo. El 9,1% presentaban enfermedad respiratoria crónica, el 4,1% enfermedades del sistema circulatorio, el 3,3% enfermedades metabólicas, el 1,1% inmunodeficiencias, el 0,7% enfermedades hepáticas, el 0,8% enfermedad renal crónica y el 0,9% presentaban obesidad. El 0,4% de los casos se registraron en mujeres en estado gestacional.

Entre la población diana de vacunación antigripal (294 casos) por estar incluida en los grupos de riesgo, el 62,9% no estaba vacunado.

La frecuencia registrada de síntomas se muestra en la tabla 1.

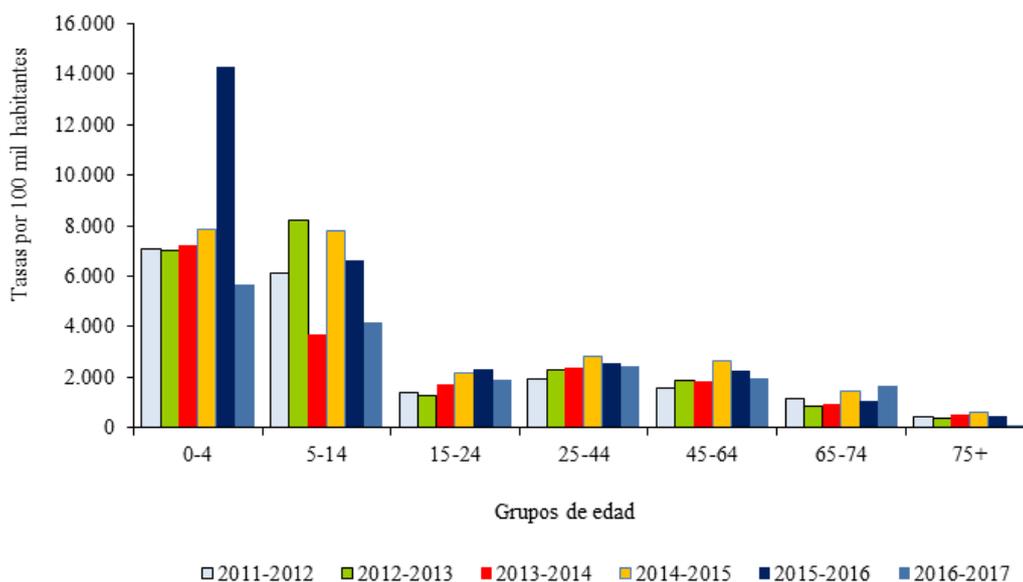
Tabla 1. Frecuencia de síntomas de los casos (%).

Temporada 2016-17. Red Vigía de la CAPV.

Síntomas	%
Fiebre o febrícula	96,3%
Malestar general	86,8%
Tos	84,7%
Aparición súbita de síntomas	67,5%
Cefalea	66,6%
Mialgias	63,3%
Dolor de garganta	63,%
Escalofríos	52,7%
Disnea	12,%

El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años (5.695 casos por 100.000), muy inferior a la tasa observada en la temporada previa 2015-16 (Figura 2).

Figura 2. Tasas de gripe por grupos de edad. 2010-11 a 2016-17. Red Vigía de la CAPV.



1.4.- Vigilancia microbiológica.

El primer aislamiento de la temporada (un virus AH3) se registró en la semana 46/2016 en una muestra centinela. Al laboratorio de microbiología del Hospital Universitario Donostia se remitieron 538 muestras de la Red Vigía, de las cuales se obtuvo confirmación microbiológica

en el 56,5% (304). Además se recopiló información del tipo y subtipo de las 156 muestras positivas no centinela.

En la figura 3 se representa la distribución según los subtipos aislados en el sistema centinela (Red Vigía) y no centinela y en la figura 4 se detalla el genotipo predominante determinado en 106 muestras.

Figura 3.- Subtipos gripales aislados (%). Red Vigía y no Vigía CAPV 2016-17.

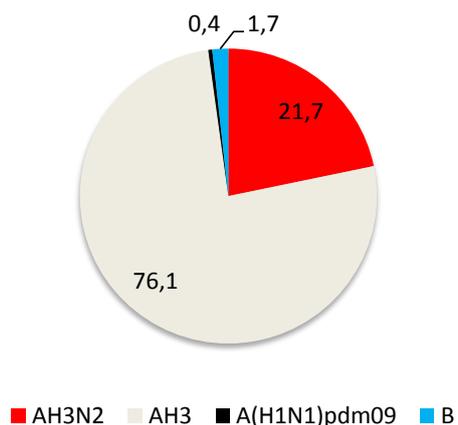
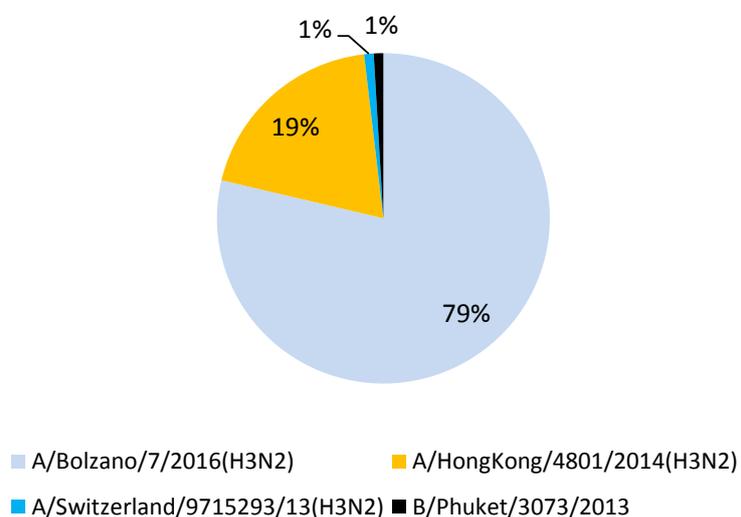


Figura 4- Genotipado (%). Red Vigía y no Vigía CAPV 2016-17.



Predominio de la caracterización genética de A/Bolzano/7/2016(H3N2) en las muestras genotípicas (79%) y en menor proporción (19%) A/HongKong/4801(H3N2).

Los datos de los resultados obtenidos se exponen en otro apartado de este documento.

1.7.- Brotes epidémicos de gripe.

En esta temporada 2015-16 se ha declarado cinco brotes por gripe, dos de ellos causados por virus A(H3N2) y tres por virus A sin subtipar. En total se registraron 138 enfermos con sintomatología respiratoria compatible con gripe, siendo la tasa de ataque total del 23,1% de los residentes.

1.8.- Casos graves hospitalizados con gripe confirmada (CGHGC-CAPV).

Esta vigilancia registra los casos hospitalizados con gripe confirmada y que además deben cumplir unos criterios específicos de gravedad. Participan cinco hospitales de la CAPV.

En la temporada 2016-17 se han declarado 229 casos graves hospitalizados con gripe confirmada (50,2% eran mujeres). En el 57,2% de los casos (131) se identificaron virus del tipo AH3, en el 40,6% (93) virus tipo A sin subtipar y el 2,2% (5) virus de tipo B.

La edad media de los casos ha sido de 71 años (rango 0-97 años) y mediana de 77 años. En la tabla 2 se representa la distribución de los casos según grupo de edad.

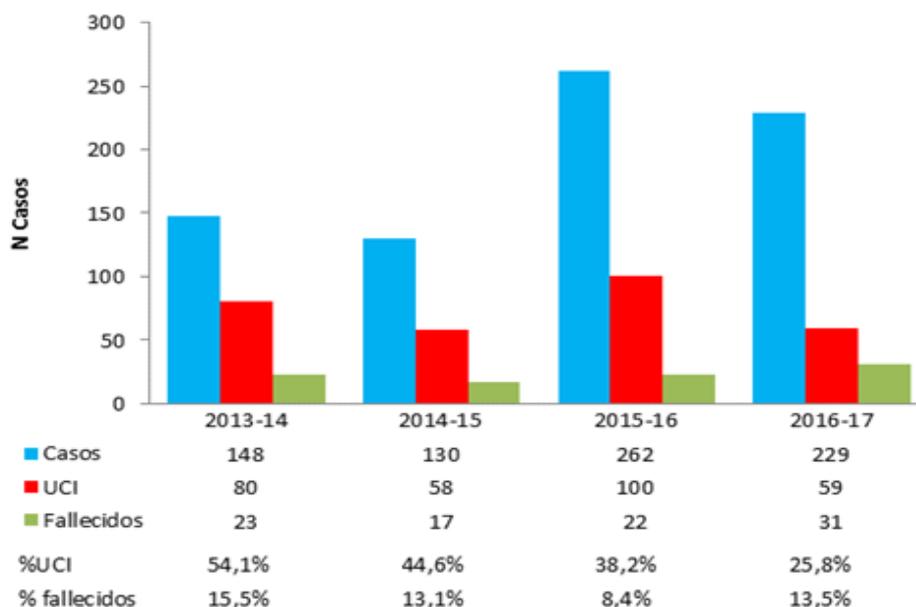
Tabla 2.- CGHGC según grupo de edad. CAPV 2016-17.

Grupo de edad	N	%
0-4	5	2,2
5-14	3	1,3
15-24	3	1,3
25-44	6	2,6
45-64	37	16,1
65-74	48	21,0
> 74	127	55,5
Total	229	100,0

El 76,5% de los casos tenía 65 años o más, en concordancia con los datos observados en la red de vigilancia de gripe a nivel estatal y europeo y reflejado por el ECDC (Centro Europeo para la Prevención y Control de Enfermedades).

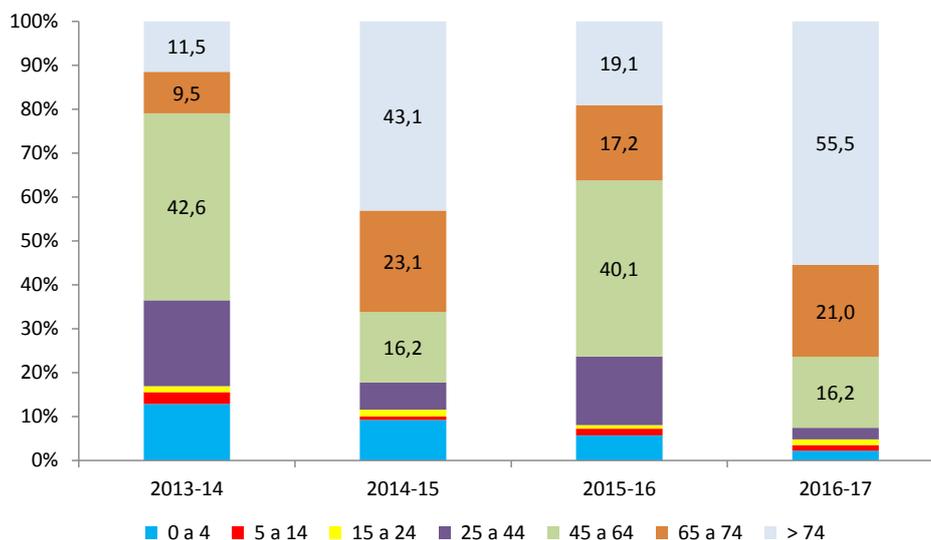
En la figura 6 (comparación de las últimas 4 temporadas) se observa que los porcentajes de ingreso en UCI y fallecimiento varían en función de la temporada, aunque estas diferencias no muestran significación estadística.

Figura 6.- CGHGC. CAPV 2013-14 a 2016-17



Sin embargo, los resultados cambian si el análisis se realiza por grupo de edad y en función del subtipo viral predominante en la temporada correspondiente. El subtipo A(H3N2) predominó en la temporadas 2014-15 y 2016-17 y el subtipo A(H1N1)pdm09 en las temporadas 2013-14 y 2015-16.

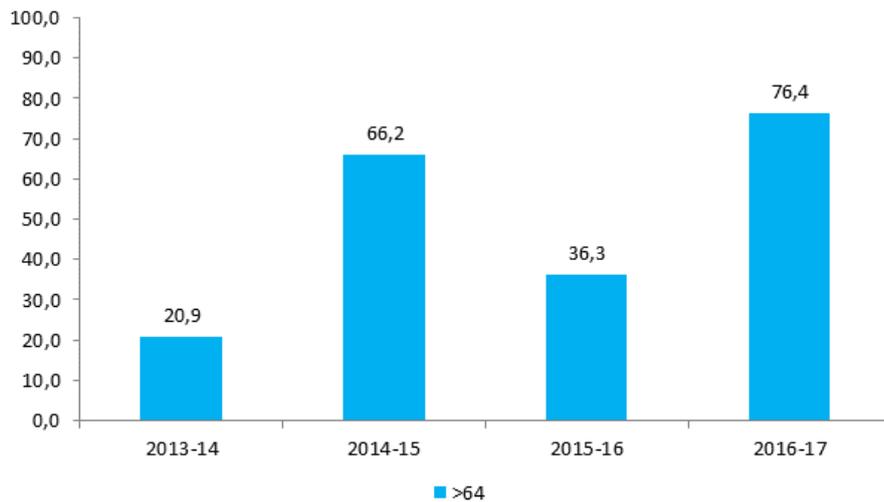
Figura 7. CGHGC según grupo de edad (%). CAPV 2013-14 a 2016-17



Cuando la circulación predominante fue el virus gripal A(H3N2), la mayoría de los casos se registraron en los grupos de 65 a 74 años y de más de 74 años y cuando la circulación predominante fue A(H1N1)pdm09, el mayor número de ingresos se observó en adultos jóvenes (figura 7). Agrupando los datos en mayores de 64 años (figura 8) se observa que en las

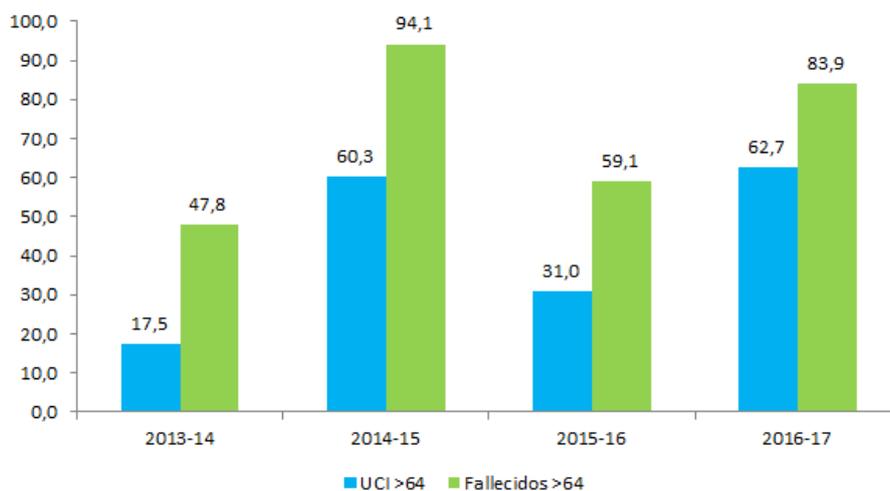
temporadas que predominó una circulación de A(H3N2) (2016-17 y 14-15) el porcentaje de casos mayores de 64 años ingresados ha sido significativamente mayor ($p < 0.05$) al observado en temporadas con predominio de A(H1N1)pdm09.

Figura 8.- CGHGC. Casos ingresados > 64 años (%)



Analizando específicamente los casos que precisaron ingreso en UCI o fallecieron y según grupo de edad, también se observan diferencias estadísticamente significativas dependiendo del subtipo viral predominante. Entre los ingresados en UCI y/o fallecidos, los mayores de 64 años representan un porcentaje mayor ($p < 0.05$) cuando predomina A(H3N2) frente a las temporadas en las cuales predominó A(H1N1)pdm09 (figura 9).

Figura 9.- CHHGC en UCI y fallecidos (%) >64



En esta temporada 2016-17 precisaron ingreso en UCI (59 casos, el 25,8%), el 89,8% presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe o eran mayores de 64 años.

Durante la temporada de vigilancia han fallecido 31 casos (66,7% mujeres). El 96,8% de los fallecidos presentaban factores de riesgo o eran mayores de 64 años (edad media de 77 años; rango de 34 a 94 años). El 46,7% de los casos fallecidos no estaban vacunados.

En la tabla 3 se describen la distribución de los factores de riesgo y complicaciones en los casos registrados.

Tabla 3.- CGHGC. Factores de riesgo y complicaciones (%). CAPV 2016-17

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	48,0
Diabetes	26,2
Enfermedad respiratoria crónica	25,3
Inmunodeficiencia	7,4
Enfermedad renal crónica	11,8
Enfermedad oncológica	14,8
Obesidad	9,2
Enfermedad hepática crónica	7,0
Complicaciones	%
Neumonía	80,0
SDRA*	3,5
Coinfección bacteriana	17,5
Fallo multiorgánico	3,1

*SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo

El 93,0% de los casos presentan factores de riesgo de complicaciones de gripe o pertenecen al grupo de edad de más de 64 años. De los 213 casos susceptibles de vacunación antigripal por estar incluidos en los grupos de riesgo, el 45,4% no estaba vacunado con la vacuna antigripal de esta temporada. Se registró un caso grave en una mujer embarazada, no vacunada.

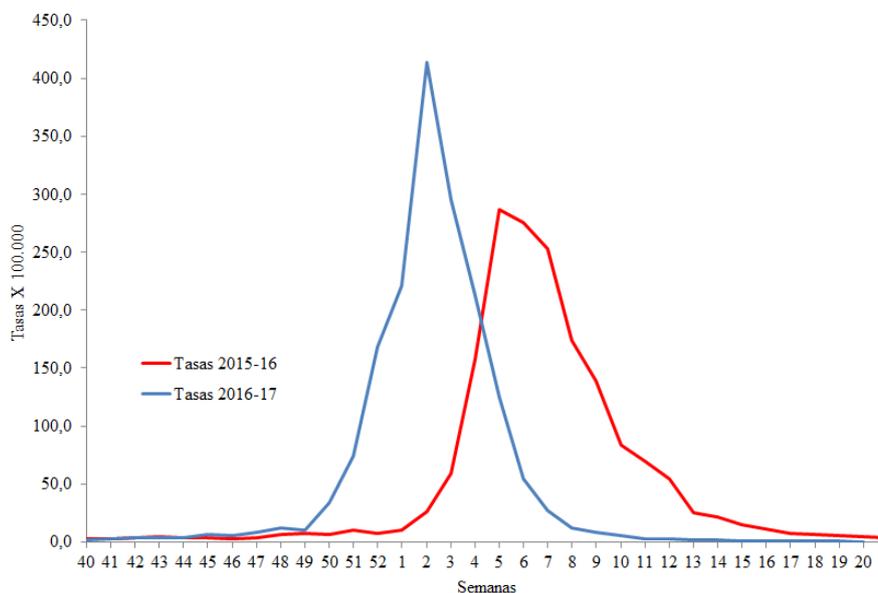
1.9.- Frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria.

En la red de Atención Primaria de Osakidetza durante la temporada 2016-17 se registraron un total de 37.417 consultas por síndrome gripal, lo que representa un tasa acumulada de 1.722 casos por 100.000 habitantes.

La mayor demanda se contabilizó en la semana 2/2017, con 8.988 consultas (tasa de 413,55 casos por 100.000 habitantes). El 94,4% de las consultas se registraron en un periodo de 10

semanas (semanas 50/2016 a 7/2017). En la figura 10 se comparan las dos últimas temporadas.

Figura 10.- Consultas por síndrome gripal en AP. Temporadas 2015-16 y 2016-17

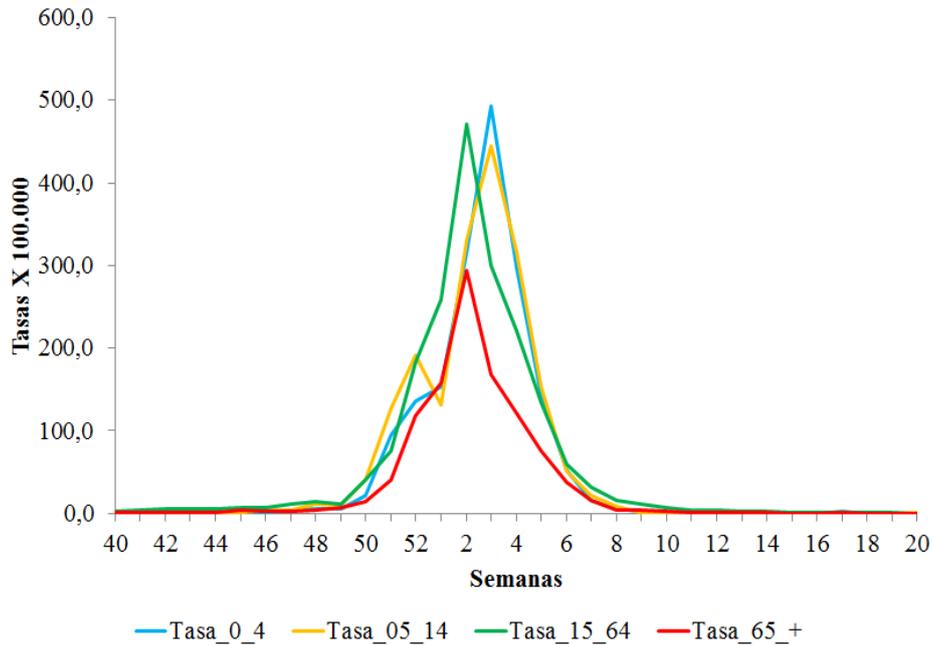


En la siguiente tabla se describen las tasas brutas máximas de frecuentación por síndrome gripal, por 100.000 habitantes según Comarca/OSI y semana.

OSI / Comarca	Semana	Mayor tasa registrada
Comarca Araba	1/2017	264,3
Alto Deba	2/2017	334,0
Bajo Deba	2/2017	599,9
Bidasoa	2/2017	342,0
Barakaldo Sestao	2/2017	380,6
Barrualde Galdakao	2/2017	494,6
Bilbao Basurto	2/2017	402,3
Donostialdea	2/2017	366,8
Ezkerraldea Enkarterri Cruces	2/2017	506,2
Goierri Alto Urola	2/2017	566,4
Tolosaldea	2/2017	444,5
Uribe	2/2017	377,1

En todos los grupos de edad, la mayor frecuentación por síndrome gripal se registró en la semana 3/2017, destacando los 493 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 0 a 4 años (figura 11).

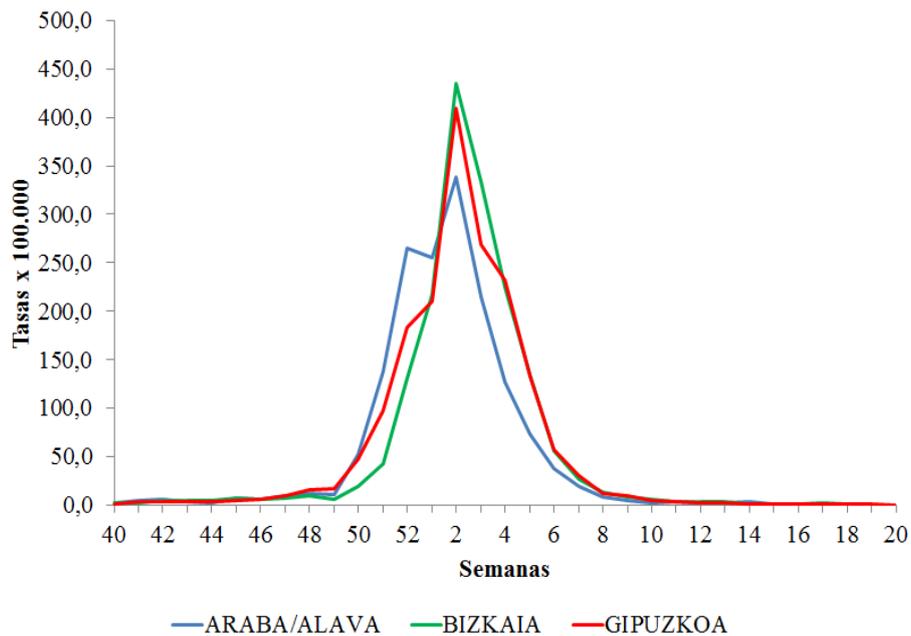
Figura 11.- Consultas síndrome gripal por grupo de edad. (Tasas por 100.000). Osakidetza.
Temporada 2016-17.



Por Territorios Históricos las mayores tasas brutas expresadas en casos por 100.000 habitantes han sido de 338,9 en Araba, 435,2 en Bizkaia y de 409,4 en Gipuzkoa registrándose estas en la semana 2/2017 (figura 10).

Figura 12.- Consultas síndrome gripal por TH (Tasas por 100.000). Osakidetza.

Temporada 2016-17.

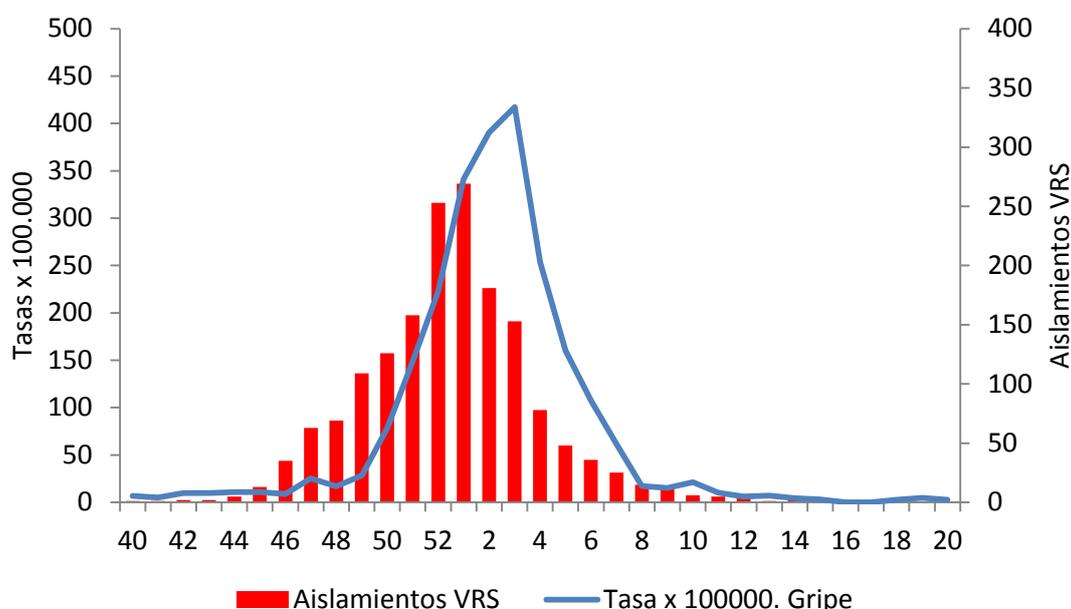


1.10.-Vigilancia microbiológica del virus respiratorio sincitial (VRS).

Desde el inicio de la temporada, paralelamente a la vigilancia de gripe, los laboratorios de microbiología han declarado 1.688 casos de VRS (figura13). El 60% de los casos tienen entre 0 y 2 años.

El aumento de notificaciones de VRS se inició en la semana 46, cuatro semanas antes de que la tasa de gripe superase el umbral epidémico. Hasta la semana 1/2017 se mantuvo una notificación ascendente, dos semanas antes del pico de gripe. A partir de este momento las notificaciones fueron en descenso (figura 13).

Figura 13.- Aislamientos de VRS y tasas x 100.000 de gripe. Temporada 2016-17 CAPV



2. SISTEMA CENTINELA DE VIGILANCIA DE LA GRIPE EN ESPAÑA (ScVGE)

2.1.- Actividad gripal temporada 2016-17 (ScVGE).

La actividad gripal en España en la temporada 2016-17 fue moderada, asociada a una circulación casi absoluta de virus de la gripe A(H3N2), aislándose virus B en las últimas semanas del periodo de vigilancia. La epidemia gripal se inició de forma temprana a mediados

de diciembre de 2016, con un máximo de actividad en la semana 3/2017 y una duración total de nueve semanas.

Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia acumulada de gripe se observaron en el grupo de 0-4 años (3.361,12 casos por 100.000 habitantes), seguido del grupo de 5-14 años (2.827,39 casos por 100.000 habitantes). En los grupos de 15-64 años y mayores de 64 años, las tasas de incidencia acumulada de gripe fueron 1.442,20 y 942,10 casos/100.000 habitantes respectivamente. La tasa de incidencia acumulada de gripe en el grupo de mayores de 64 años fue una de las más altas desde la pandemia de 2009, solo superada por la de la temporada 2014-15.

En la semana 48/2016 se observó una intensificación de la actividad gripal, especialmente en zonas del norte (Asturias) y noroeste, así como del oeste peninsular. A partir de la semana 1/2017 las zonas con mayor actividad gripal se extendieron por todo el norte (especialmente al resto de la cornisa cantábrica, Castilla y León y Cataluña), oeste peninsular y territorio insular

En la semana 3/2017 (semana pico de incidencia a nivel nacional), se evidenció una actividad gripal elevada en la mayor parte del territorio sujeto a vigilancia, con zonas con mayores tasas de actividad gripal en el norte y centro península. Conforme avanzó la temporada se registró un descenso de la actividad gripal en las mismas zonas donde se observó el incremento a principio de temporada (semana 6/2017).

2.2.- Datos virológicos (ScVGE).

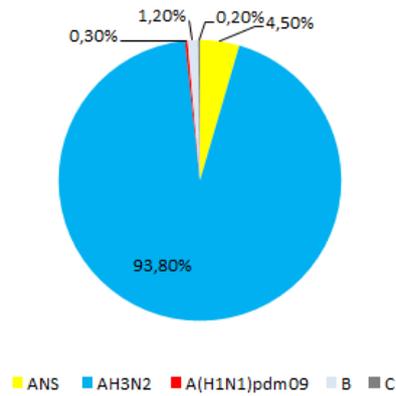
Las primeras detecciones centinela de gripe se identificaron en la red de Melilla (semana 40/2016), seguida de las redes de Baleares (41/2016), Andalucía, Asturias y Canarias (semana 42/2016).

De las 2.140 detecciones centinela identificadas a lo largo de la temporada, el 98,6% fueron virus de la gripe A, y entre los subtipados, el 99,7% fueron virus A(H3N2). La caracterización genética de los virus circulantes esta temporada indicó que, de los 809 virus de la gripe A(H3N2) caracterizados, el 78% pertenecían al grupo 3C.2a1 (A/Bolzano/7/2016), el 20% al grupo 3C.2a (A/HongKong/4801/2014), ambos grupos concordantes antigénicamente con la cepa vacunal de la temporada 2016-17, y el 2% al grupo 3C.3a (A/Switzerland/9715293/2013). Respecto al virus B, el 88% eran semejantes a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria), y por tanto, concordantes con la cepa vacunal de la temporada 2016-17.

Además se notificaron 9.572 detecciones procedentes de fuentes no centinela (98,8% A, 1,1% de B, y 0,1% C). Entre los subtipados (41%), el 99,7% fueron A(H3N2).

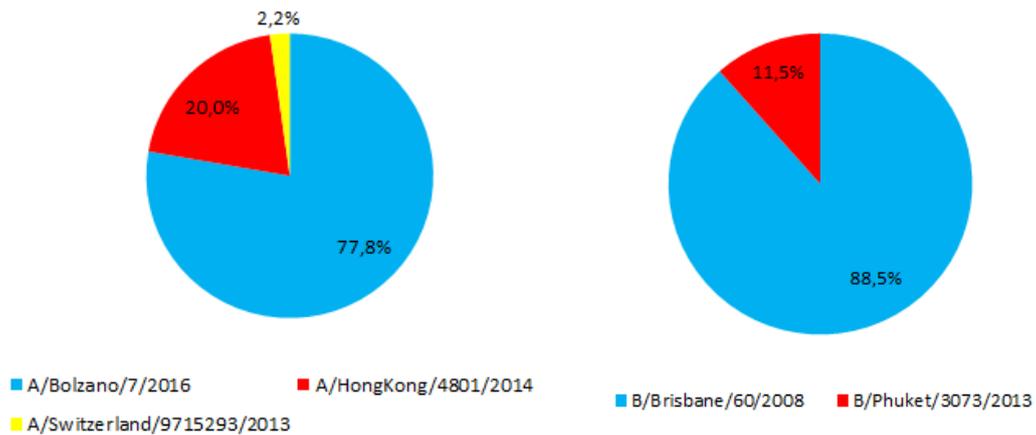
El total de detecciones virales se representa en la figura 14 y la su caracterización genética en la figura 15.

Figura 14.- Detecciones virales según subtipo. ScVGE Temporada 2016-17.



Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

Figura 15.- Caracterización genética de virus de la gripe. ScVGE Temporada 2016-17.



Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

2.3.- Brotes por virus gripales (ScVGE).

Durante la temporada 2016-17 se notificaron 47 brotes de gripe en diez CCAA. Treinta y ocho de ellos tuvieron lugar en instituciones geriátricas, siete en instituciones sanitarias y dos en otras instituciones. La distribución de los brotes por semana de inicio de síntomas tuvo lugar entre las semanas 45/2016 y 09/2017, 75% de ellos entre la semana 51/2016 y la semana 3/2017 (Figura 9). En 46 brotes (98%) se identificó como agente causal el virus de la gripe A [18 Ans y 28 A(H3N2)] y en uno el virus tipo B. De los tres virus caracterizados, los tres han sido A/Bolzano/7/2016(H3N2).

La gran mayoría de los casos (89%) residían en instituciones geriátricas. La mediana de edad fue de 86 años en geriátricos y de 60 años en instituciones sanitarias. La cobertura mediana de vacunación en residencias geriátricas fue del 92% (rango: 40-100%). El 81% y el 89% de las muestras enviadas desde geriátricos e instituciones sanitarias, respectivamente, fueron positivas a virus gripales. La tasa global de ataque fue del 16,1% (810/5025), encontrando las mayores tasas en los brotes que tuvieron lugar en instituciones sanitarias (17,8%) y en geriátricos (16,7%). La distribución de las tasas de ataque entre vacunados (19%) y no vacunados (18%) fue muy heterogénea entre los distintos brotes, incluso dentro de los de un mismo ámbito, en lo que probablemente influyan las limitaciones en la información disponible de los mismos. De entre los casos notificados asociados a brotes, 192 requirieron hospitalización y 32 fallecieron.

2.4.- Casos graves hospitalizados con gripe confirmada (CGHCG).

Durante la temporada 2016-17 participaron en la vigilancia de CGHCG 91 hospitales distribuidos por todo el estado, con una población vigilada global de 24.052.518 habitantes (52% de la población española).

Se notificaron 2.874 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en 18 CCAA, de los que 619 (22%) fueron admitidos en UCI y 464 (17%) fallecieron. La mediana de edad fue de 76 años, concentrándose la mayor proporción de casos en los mayores de 64 años (74%), seguido del grupo de 45-64 años (16%), y representando el grupo de 0-4 años sólo el 4%. De las 68 mujeres en edad fértil (15-49 años), 5 (7%) estaban embarazadas, tres de ellas en el segundo o tercer trimestre. Como es habitual, el porcentaje de CGHCG en mayores de 64 años ha sido más elevado que en temporadas con predominio de A(H1N1)pdm09 como en la temporada 2015-16 (75% vs 40%). Pero, además, la afectación de personas mayores de 64 años ha sido mayor que en otras temporadas de A(H3N2) como la 2014-15 (60%). En

consonancia con estos datos, también se observa un porcentaje muy elevado de personas mayores de 64 años entre las defunciones registradas en CGHCG (84%), cifra similar a la observada en Europa.

En más del 99% de los casos se confirmó el virus de la gripe tipo A, siendo el 99% de los subtipados A(H3N2). El 91% de los CGHCG presentó algún factor de riesgo de complicaciones de gripe. El 48% de los pacientes recomendados de vacunación no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

Las defunciones en CGHCG se concentraron fundamentalmente en los mayores de 64 años (85%), siendo la mediana de edad de 81 años. El 95% de los casos fatales presentó algún factor de riesgo de complicaciones. El 50% de los pacientes recomendados de vacunación no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada. La letalidad observada en términos de defunciones entre CGHCG fue similar a la temporada 2014-15, con circulación mayoritaria de A(H3N2).

Desde la semana 40/2016 hasta la semana 20/2017 se registraron 464 defunciones entre los CGHCG en 17 CCAA. El 51% eran hombres y la mediana de edad fue de 81 años. La mortalidad aumenta con la edad, concentrándose la mayor proporción de casos en los mayores de 64 años (85%), seguido del grupo de 45-64 años (13%). En el 99,3% de los casos se confirmó la infección por virus de la gripe A (100% A(H3N2) entre los subtipados).

De los casos en los que se disponía de información, el 95% presentaban algún factor de riesgo de complicaciones de gripe. Entre los más frecuentes destacaron la enfermedad cardiovascular crónica (58%), la diabetes (38%) y la enfermedad pulmonar crónica (29%). De los 464 fallecidos, 140 (31%) habían ingresado en UCI. Entre los 417 casos susceptibles de vacunación antigripal, con información disponible, el 50% no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

La letalidad de la enfermedad grave de gripe en la temporada 2016-17, estimada en términos de defunciones entre el total de los CGHCG y entre los casos admitidos en UCI fue del 15,0% (IC 95%: 13,7-16,4) y 21,8% (IC 95%: 18,5-25,3), respectivamente.

El sistema MOMO (Monitorización de la mortalidad diaria) estimó un exceso de mortalidad por todas las causas que se concentró en los mayores de 64 años, y que coincidió con el desarrollo de la onda epidémica gripal. Excesos similares se han informado en varios países europeos.

2.5.- Efectividad vacunal (EV) antigripal 2016-17

Los estudios de efectividad de la vacuna (EV) antigripal 2016-17 realizados en el marco de las redes centinela integradas en el ScVGE y el estudio cycEVA (casos y controles para la efectividad de la vacuna antigripal), dentro del europeo I-MOVE, revelaron un efecto protector bajo de la vacuna antigripal frente a infección confirmada por A(H3N2). Para mayores de 64 años la EV es alrededor del 30%.

El proyecto I-MOVE+, con hospitales y unidades de salud pública de Aragón y País Vasco, ofreció estimaciones de EV antigripal frente a la hospitalización con gripe confirmada en mayores de 64 años similares a las encontradas en atención primaria.

Todas las estimaciones de EV se situaron en el rango de las estimaciones obtenidas al nivel europeo.

Los resultados preliminares de EV antigripal en España contribuyeron a la decisión del Comité de selección de cepas vacunales de la OMS en febrero de 2017, sobre las recomendaciones de la vacuna antigripal de la próxima temporada 2017-18.

La caracterización genética identificó una gran heterogeneidad de los virus circulantes, con mutaciones de amino ácidos en sitios potencialmente relevantes desde punto de vista antigénico, que podrían explicar parcialmente los bajos efectos protectores de la vacuna observados.

La estrategia de vacunación antigripal en España se basa en la prevención de complicaciones graves y la disminución de defunciones atribuibles a gripe, en especial en las personas mayores y aquellas con enfermedades subyacentes o factores de riesgo de enfermedad gripal grave. Una cobertura vacunal baja en grupos de riesgo puede incrementar las complicaciones derivadas de una infección gripal. Subrayamos que una efectividad moderada/baja de la vacuna antigripal para prevenir la infección confirmada de gripe puede tener un elevado impacto en salud pública, en términos de reducción de hospitalizaciones y de mortalidad atribuible a gripe en personas a riesgo de complicaciones por gripe. Dado el elevado porcentaje de CGHCG, con y sin evolución fatal, que no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada, se recomienda seguir las recomendaciones oficiales de vacunación antigripal.

3. EVOLUCIÓN INTERNACIONAL DE LA GRIPE

A lo largo de la temporada 2016-17 en Europa se detectaron casi 146.000 casos de gripe. El inicio de la temporada se registró en la semana 46/2016, alcanzando el pico epidémico entre las semanas 52/2016 y 4/2017. Desde la semana 12/2017 la mayoría de los países notificaron un descenso de la actividad y porcentaje de detecciones.

Según datos de las redes centinela y no centinela a nivel europeo, desde el inicio de la temporada hasta la semana 10/2017 hubo un predominio casi absoluto del virus tipo A (87,2%) en Europa, siendo A(H3N2) el 99% de los subtipados. A partir de la semana 11/2017 predominaron los aislamientos de virus tipo B (12,8%).

Dos tercios de los virus A(H3N2) caracterizados genéticamente pertenecían al subgrupo genético 3C.2a1, pero continuaban siendo antigénicamente similares al grupo 3C.2a recogido en la vacuna estacional. La mayoría de los virus testados durante la temporada no presentaron una susceptibilidad reducida a los inhibidores de la neuraminidasa.

Los casos hospitalizados confirmados de gripe notificados en Europa han sido mayoritariamente tipo A(H3N2) y afectaron sobre todo a los mayores de 65 años (64%).

El proyecto EuroMoMo (European monitoring of excess mortality for public health action) en el que participan 20 países Europeos, entre ellos España, informó sobre excesos de mortalidad por todas las causas en el grupo de edad de mayores de 65 años entre el inicio de enero y final de febrero de 2017. Este exceso de mortalidad coincidió con la circulación del virus de la gripe A(H3N2), que se asocia a incrementos en los excesos de mortalidad entre las personas mayores.

4. GRIPE ZONÓTICA O VARIANTE

Desde 2003 hasta la actualidad (05/09/2017) se han notificado oficialmente a la OMS un total de 859 casos humanos confirmados por laboratorio de gripe aviar **A(H5N1)**, procedentes de 16 países, de los cuales 453 fallecieron. Desde mayo de 2014 hasta la actualidad, 16 casos de infección humana con el virus de la gripe aviar **A(H5N6)** han sido notificados, incluyendo 6

muerter. Todos los casos procedían de China. En definitiva, desde la última actualización, no se han notificado nuevos casos humanos confirmados de gripe A(H5) a la OMS.

Diversos subtipos del virus A(H5) continúan siendo detectado **en aves** en África, Asia y Europa, según los últimos informes recibidos por la OIE. Aunque estos virus de la gripe A(H5) podrían tener el potencial de causar enfermedad en humanos, hasta ahora no se han notificado casos en humanos con excepción de las infecciones señaladas anteriormente.

Desde marzo de 2013, y hasta la actualidad, se han notificado a la OMS un total de 1558 casos confirmados por laboratorio de Infección humana por el virus de la gripe A(H7N9). En la presente temporada se han registrado 760 casos.

Según las notificaciones recibidas por la Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) sobre vigilancia de la gripe aviar A(H7N9) en China, las muestras positivas continúan detectándose principalmente en los mercados de aves vivas, vendedores y algunas explotaciones comerciales y de cría de aves. Los datos epidemiológicos y virológicos actuales sugieren que el virus no ha adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre los seres humanos, por lo que la posibilidad de una extensión a nivel comunitario se considera baja en estos momentos.

5. RECOMENDACIONES DE LA OMS PARA LA VACUNA ANTIGRI PAL 2017-18

El 2 de marzo de 2017, la OMS ha recomendado la composición de la vacuna antigripal 2017/2018 que se usará en el hemisferio norte:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09-like virus;
- A/Hong Kong/4801/2014 (H3N2)-like virus; and
- B/Brisbane/60/2008-like virus.

En la vacuna antigripal tetravalente, además de la composición anterior, también contendrá otro virus del linaje B/Yamagata, un B/Phuket/3073/2013-like virus. Para más información ver

6. Referencias bibliográficas.

- European Influenza Surveillance Network (EISN) .
<https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/eisn>
<https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/documents/influenza-virus-characterisation-jun-2017.pdf>
- Flu News. Joint ECDC-WHO/Europe.
- <https://flunewseurope.org/Archives>
- Who Situation updates. Avian and swine influenza.
http://www.who.int/influenza/human_animal_interface/en/
- Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE)
<http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>
- Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2017-2018 northern hemisphere influenza season
http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/candidates_reagents/201703_ganda_recommmendation.pdf?ua=1
- Efectividad vacunal
<https://sites.google.com/site/epiflu/Home>
<http://www.i-moveplus.eu/>
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)- WHO Regional Office for Europe/ Europe weekly influenza update. Flu News Europe. Week 20/2017 (15–21 May 2017). Disponible en: <http://flunewseurope.org/Archives>.
- EuroMOMO. European monitoring of excess mortality for public health action. Disponible en: <http://www.euromomo.eu/>.