

VIGILANCIA DE LA GRIPE

PAÍS VASCO

TEMPORADA 2017-2018

- ✓ Vigilancia de la gripe estacional (Red Vigía)
- ✓ Casos hospitalizados con gripe confirmada.
- ✓ Frecuentación de consultas por síndrome gripal en Atención Primaria
- ✓ Brotes de gripe
- ✓ Vigilancia y microbiológica del VRS

INDICE

1. Red Vigía del País Vasco.....	1
1.1. Introducción	1
1.2. Evolución de la temporada gripal 2017-18 en el País Vasco	1
1.3. Caracterización de los casos	2
1.4. Vigilancia virológica	4
1.5. Comparativa de temporadas gripales.....	5
1.6. Estimación de la efectividad de la vacuna antigripal (EVA) 2017-18	5
1.7. Brotes epidémicos de gripe	6
1.8. Casos hospitalizados confirmados con virus de la gripe.....	6
1.9. Frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria	11
1.10. Vigilancia microbiológica del virus respiratorio sincitial (VRS)	13
2. Sistema Centinela de Vigilancia de la Gripe en España (ScVGE).....	13
2.1. Actividad gripal temporada 2017-18 (ScVGE)	13
2.2. Datos Viroológicos (ScVGE)	14
2.3. Virus respiratorio sincitial	16
2.4. Brotes por virus gripales (ScVGE)	16
2.5. Casos graves hospitalizados con gripe confirmada (CGHCG).....	17
2.6. Casos hospitalizados con gripe confirmada (Chosp).....	18
2.7. Efectividad vacunal (EV) antigripal 2017-18	19
3. Evolución internacional de la gripe.....	20
4. Gripe zoonótica o variante	21
5. Recomendaciones de la OMS para la vacuna antigripal 2018-19	21
6. Referencias bibliográficas	22

1. RED VIGÍA DE LA CAPV.

1.1.- Introducción.

En la temporada 2017-18 de gripe, mediante la Red Vigía, han participado 48 médicos (37 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 2017 (2 al 8 de octubre) hasta la semana 20 de 2018 (14 al 20 de mayo).

La población vigilada, la cual compone el denominador necesario para el cálculo de tasas de actividad gripal, está compuesta por 62.061 personas (2,86% de la población de la CAPV) y es representativa de la población total de la CAPV.

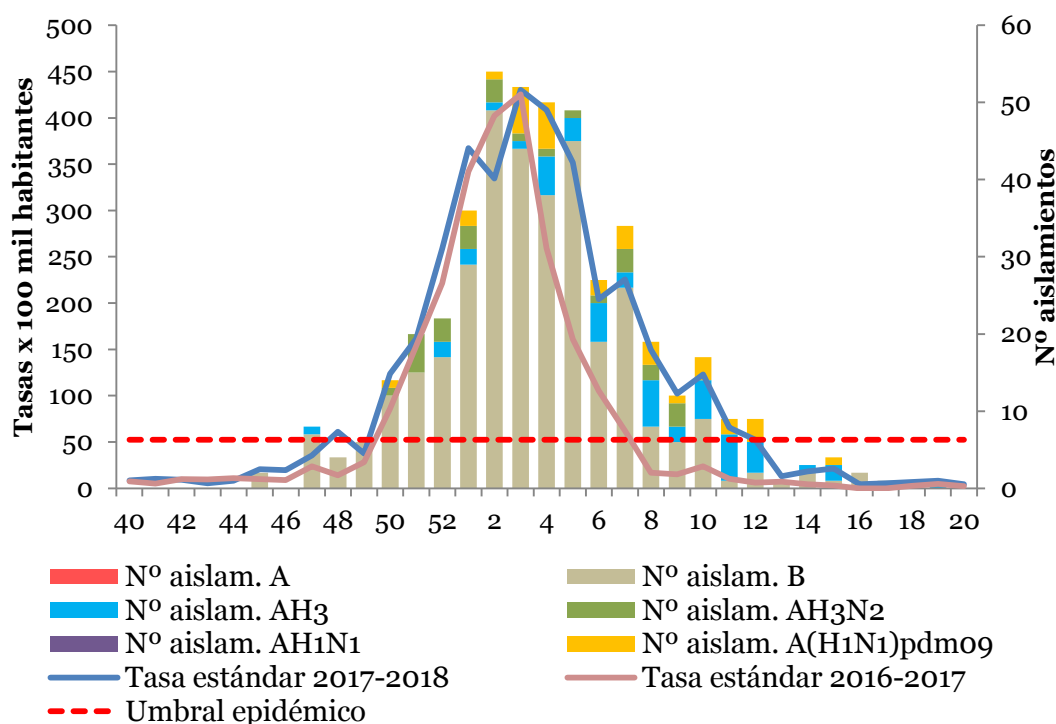
En la vigilancia de los casos graves hospitalizados con gripe confirmada han participado los Hospitales Universitarios de Cruces, Basurto, Donostia y Araba, además de los Hospitales de Galdakao, San Eloy y Santa Marina.

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

1.2.- Evolución de la temporada gripal 2017-18 en el País Vasco.

Durante la temporada 2017-18 se han registrado 1.921 casos de gripe (tasa acumulada de 3.605 casos por 100.000 habitantes). El umbral epidémico o basal de esta temporada se estableció en 52,46 casos por 100.000, el cual se superó en la semana 50/2017 (123,65 casos por 100.000). La onda epidémica registró valores por encima del umbral durante 14 semanas, situándose en valores pre-epidémicos de nuevo en la semana 12/2018 (49,91 casos por 100.000). La semana con mayor actividad gripal se observó en la semana 3/2018 (418,79 casos por 100.000) (Figura 1).

Figura 1. Evolución de la temporada gripal 2017-2018. Red Vigía de la CAPV.



Esta temporada, se ha caracterizado por presentar niveles medios de actividad, excepto en las semanas 3 y 4/2018, en las cuales las respectivas tasas de incidencia (418,79 y 408,67) se situaron cerca de los valores próximos al umbral de intensidad alta. El inicio de la onda epidémica en esta temporada 2017-18, se ha producido la misma semana que en la temporada previa 2016-17, si bien se ha prolongado unas semanas más, ya que su duración ha sido de 14 semanas frente a las 10 semanas de la temporada 2016-17.

1.3.- Características de los casos.

El 51,2% de los casos registrados en 2017-18 eran mujeres, el 46,4% hombres y en el 2,4% no consta el dato.

El 15,4% de los casos tienen algún factor de riesgo. El 6,8% presentaban enfermedad respiratoria crónica, el 4% enfermedades del sistema circulatorio, el 3,2% enfermedades metabólicas, el 1,1% inmunodeficiencias, el 0,1% enfermedades hepáticas, el 0,6% enfermedad renal crónica y el 0,9% presentaban obesidad. El 0,4% de los casos (4 casos) se registraron en mujeres en estado gestacional.

Entre la población diana de vacunación antigripal (403 casos), el 63,5% no estaba vacunado.

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

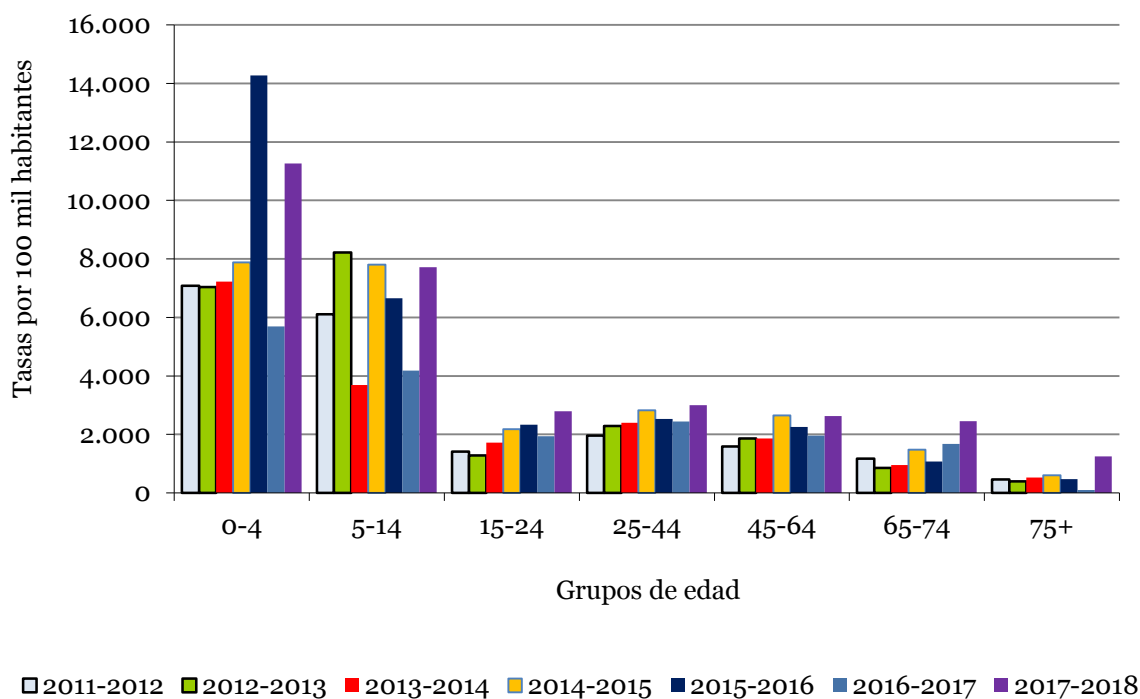
Tabla 1. Frecuencia de síntomas de los casos (%).

Temporada 2017-2018. Red Vigía de la CAPV.

Síntomas	%
Febrícula	96,9
Malestar general	87,4
Tos	91,4
Aparición súbita de síntomas	70,7
Cefalea	64,1
Mialgias	60,2
Dolor de garganta	69,7
Escalofríos	45,4
Disnea	10,6

El grupo de edad más afectado fue el de 0 a 4 años (tasa acumulada de 11.268 casos por 100.000 hab.), muy superior a la tasa observada en la temporada previa 2016-17. (Figura 2).

Figura 2. Tasas acumuladas de gripe por grupos de edad. 2011-12 a 2017-2018. Red Vigía de la CAPV.



1.4.- Vigilancia virológica.

Los dos primeros aislamientos de la temporada, dos virus B, se registraron en la semana 45/2017, en muestras centinela

Fueron analizadas un total de 1.213 muestras, de las cuales 726 (59,8%) procedían de fuentes centinela (Red Vigía) y 487 (40,2%) de fuentes no centinela (No Vigía).

De las 726 muestras de la red vigía analizadas, fueron positivas 458 (63,08%) y el 100% de las 487 muestras de la red no vigía.

De las 945 muestras analizadas tanto vigías como no vigías que resultaron positivas al virus de la gripe, 760 (81%) correspondieron al tipo B y 185 (19%) al tipo A.

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 215 muestras.

Figura 3.- Subtipos gripales aislados (%). Red Vigía y no Vigía CAPV 2017-2018.

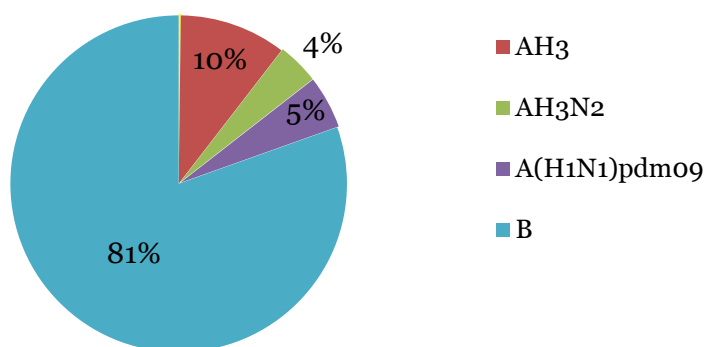
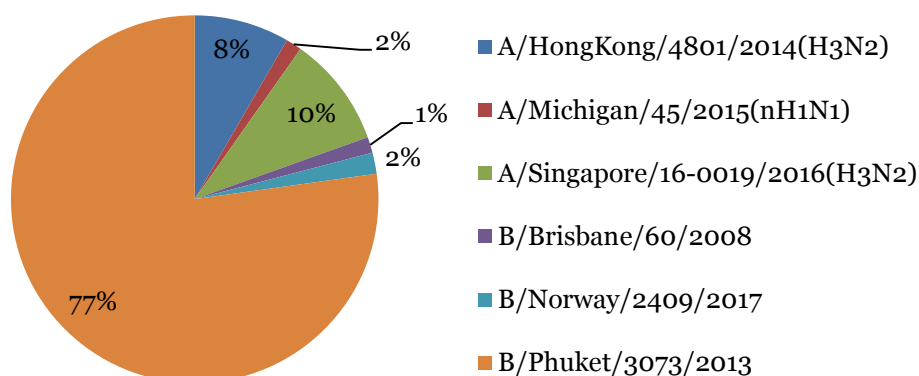


Figura 4- Genotipado (%). Red Vigía y no Vigía CAPV 2017-2018.

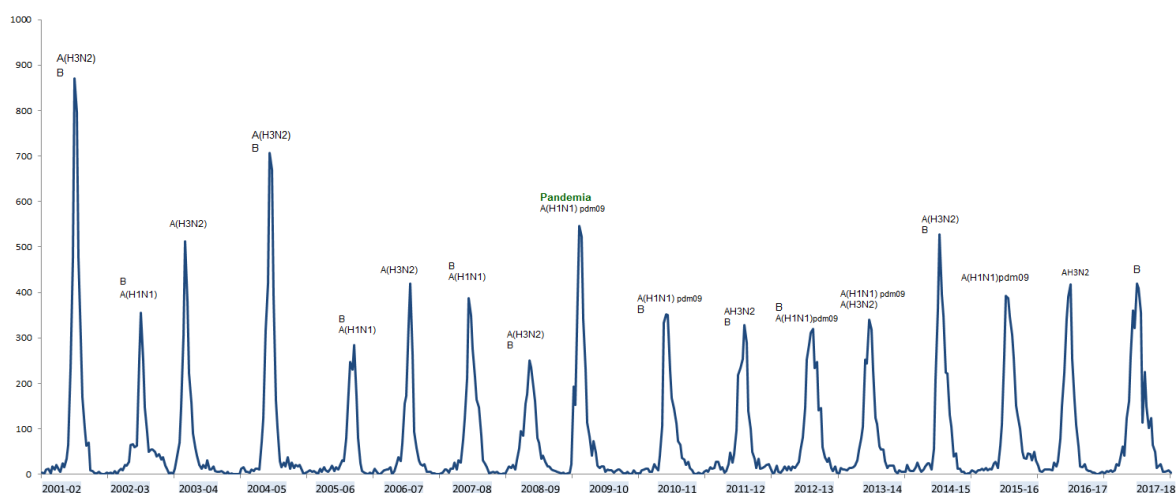


Se ha observado un predominio claro de la circulación viral tipo B con un 81% de las muestras positivas. Entre los virus genotipados, el 77% eran virus B/Phuket/3073/2013.

1.5.- Comparativa de temporadas gripales.

La figura 5 representa las ondas epidémicas de gripe entre las temporadas 2001-02 a 2017-18 y los subtipos virales predominantes según temporada.

Figura 5. Gripe. Tasas de incidencia y subtipos virus 2001-2002 a 2017-2018. Red Vigía de la CAPV.



1.6.- Estimación de la efectividad de la vacuna antigripal (EVA).

Un año más, la Red Vigía del País Vasco ha participado en el estudio de casos y controles cycEVA (casos y controles Efectividad Vacuna Antigripal), dentro del proyecto europeo I-MOVE (Monitoring the influenza vaccine effectiveness in the European Union and European Economic Area).

Se participó también en el proyecto I-MOVE+ (estimaciones de la efectividad vacunal antigripal frente a la hospitalización con gripe confirmada en mayores de 64 años). En España, además de Salud Pública, participan los hospitales de Aragón (Hospital Sertet) y País Vasco (Hospital Universitario Donostia). Se basa en estudios de casos y controles con base hospitalaria para la efectividad de la vacuna antigripal frente a casos confirmados por laboratorio en Europa.

Un resumen de los datos de los resultados obtenidos se expone en otro apartado de este documento (pag. 19). En todo caso la efectividad vacunal ha sido inferior a 50%.

La estrategia de vacunación antigripal 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. Aunque en una temporada en concreto se estime una efectividad moderada/baja de la vacuna antigripal para prevenir la infección confirmada de gripe, esta efectividad 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. Por ello se recomienda seguir las recomendaciones oficiales de vacunación antigripal.

1.7.- Brotes epidémicos de gripe.

En esta temporada 2017-18 se han declarado seis brotes por gripe confirmada, en residencias geriátricas. Uno de ellos causado por virus de tipo A sin subtipar, dos por virus A H3 y tres por virus B. En todos ellos además de la investigación epidemiológica, se han realizado recomendaciones higiénico/sanitarias.

1.8.- Casos hospitalizados confirmados con virus de la gripe.

Durante la temporada 2017-18 han participado en la vigilancia de los casos hospitalizados con gripe confirmada independientemente de su gravedad los Hospitales Universitarios de Cruces, Basurto, Donostía y Araba, además del Hospital de Galdakao, San Eloy, Santa Marina. La finalidad de esta vigilancia es la evaluación del impacto que las epidemias de gripe tienen en la hospitalización de casos.

Desde el inicio de la temporada se han declarado 2.043 casos hospitalizados con gripe confirmada en los 7 hospitales de la CAPV incluidos en la vigilancia, de los cuales, 446 (21,83%) cumplían criterios de gravedad (CGHGC). En la tabla 1 se describe el número de casos de ambos grupos según grupo de edad; y en la tabla 2 según tipos/subtipos virales identificados.

Tabla 1.- Casos hospitalizados con gripe confirmada por grupo de edad. [2017-2018, CAPV]

Edad	Hospitalizados		Hospitalizados graves (CGHGC)	
	N	%	N	%
0-4	64	3,1	25	5,6
5-14	47	2,3	7	1,6
15-64	488	23,9	124	27,8
> 64	1.444	71,7	290	65,0
Totales	2.043	100	446	100

Tabla 2.- Casos hospitalizados con gripe confirmada según subtipo viral. [2017-2018, CAPV]

Virus	Hospitalizados		Hospitalizados graves (CGHGC)	
	N	%	N	%
A	302	14,7	64	14,3
A(H1N1)pdm09	53	2,6	27	6,1
AH3	187	9,2	55	12,3
B	1.501	73,5	300	67,3
Totales	2.043	100	446	100

En el 73,5% (1.501) del total de casos hospitalizados se aislaron virus de tipo B frente al 26,5% (542) de virus tipo A.

La edad media de los CGHGC ha sido de 67 años (rango 0-98 años) y mediana de 74 años. El 52% eran hombres. El 84,1% de los CGHGC (375 casos), presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe y/o tenían más de 64 años. De los 374 casos elegibles para vacunación de los que se disponía de información, 165 (44,1%) no estaban vacunados. Se registraron 4 casos graves en mujeres embarazadas, no estando ninguna de ellas vacunada.

El 65% de los casos tenía 65 años o más, en concordancia con los datos observados en la red de vigilancia a nivel estatal. En la tabla 3 se describe la distribución de los factores de riesgo y complicaciones en los casos registrados.

Tabla 3.- CGHGC. Factores de riesgo y complicaciones (%). [2017-2018, CAPV]

Factores de riesgo	%
Enfermedad cardiovascular crónica	43,9
Diabetes	20,4
Enfermedad respiratoria crónica	26,5
Inmunodeficiencia	8,1
Enfermedad renal crónica	10,8
Enfermedad oncológica	12,3
Obesidad	4,5
Enfermedad hepática crónica	2,9
Complicaciones	
Neumonía	73
SDRA*	5,2
Coinfección bacteriana	23,4
Fallo multiorgánico	5,9

*SDRA: Síndrome de distrés respiratorio agudo

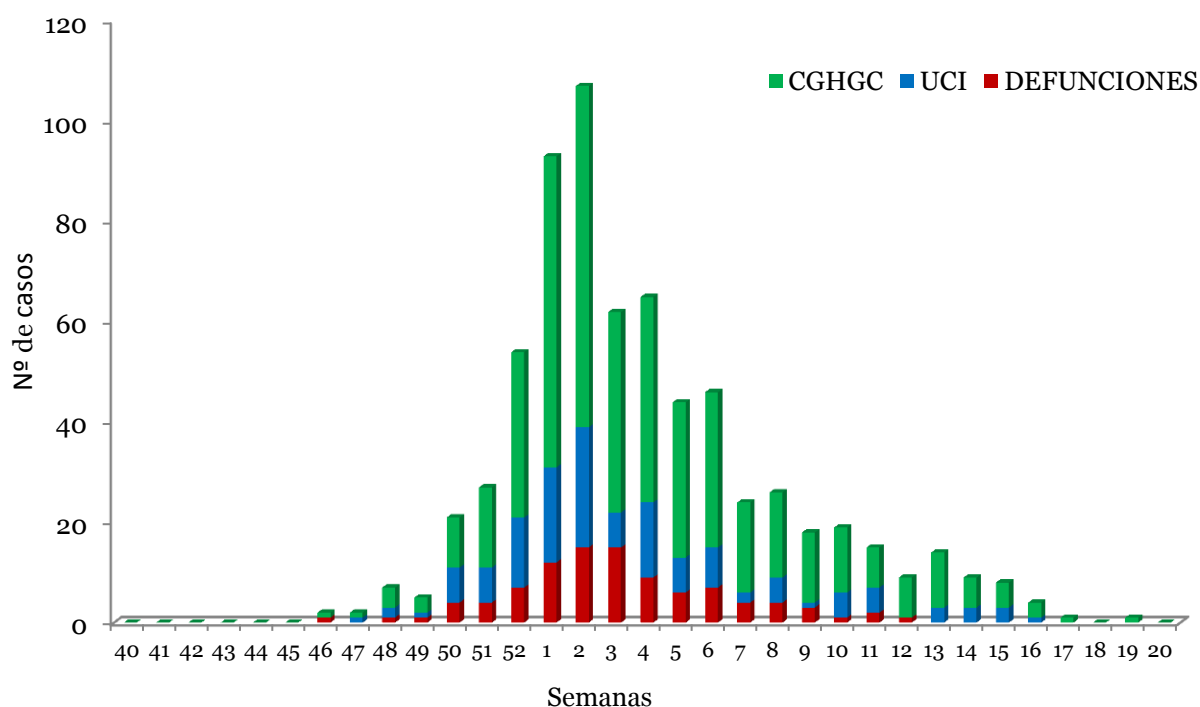
De los 442 casos hospitalizados graves con gripe confirmada de los que se disponía de información, han precisado ingreso en UCI 140 (31,4%), de los cuales, el 82,1% presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe o eran mayores de 64 años. De los 115 casos elegibles para vacunación, el 56,5% no estaban vacunados (65 casos).

Desde el inicio de la temporada, se han registrado 97 fallecimientos (21,7%) entre los 446 CGHGC (edad media de 77 años; rango de 0 a 97 años), siendo el 81,4% mayores de 64 años. El 51,5% eran hombres. Entre los 93 casos fallecidos de los que se conocía su estado vacunal y con indicación de vacunación, el 35,5% no estaba vacunado.

En cuanto al número de días de hospitalización de los CGHGC, la media de hospitalización ha sido de 10 días y la mediana de 7 días.

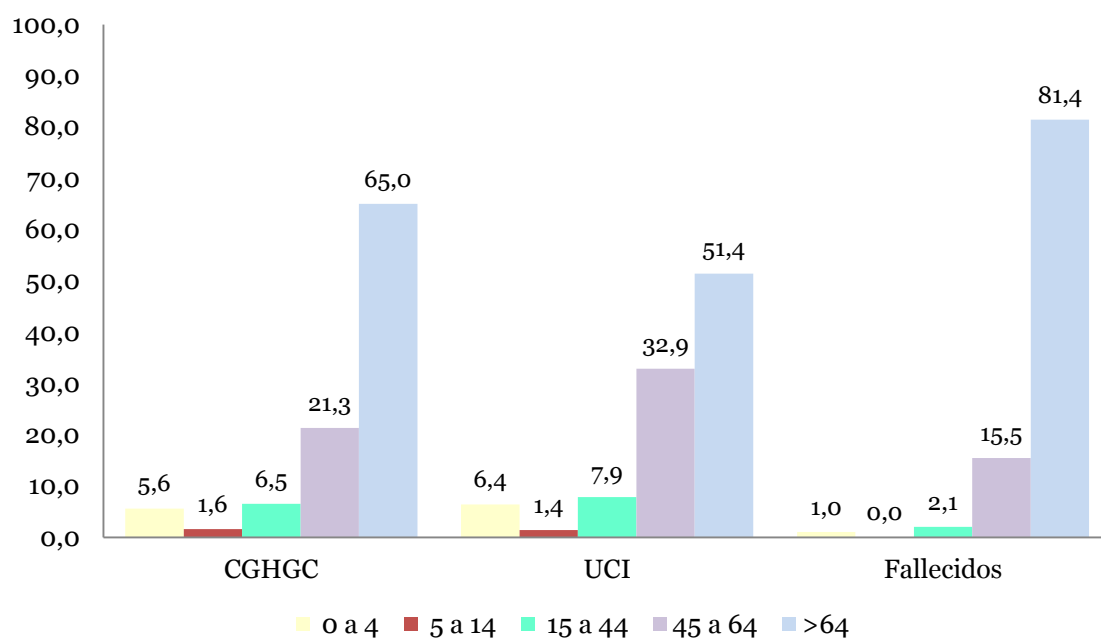
En la figura 6, se reflejan por semanas los CGHGC en relación a los ingresos en UCI y defunciones.

Figura 6. Evolución de los CGHGC según el nivel de gravedad. Temporada 2017-2018 CAPV.



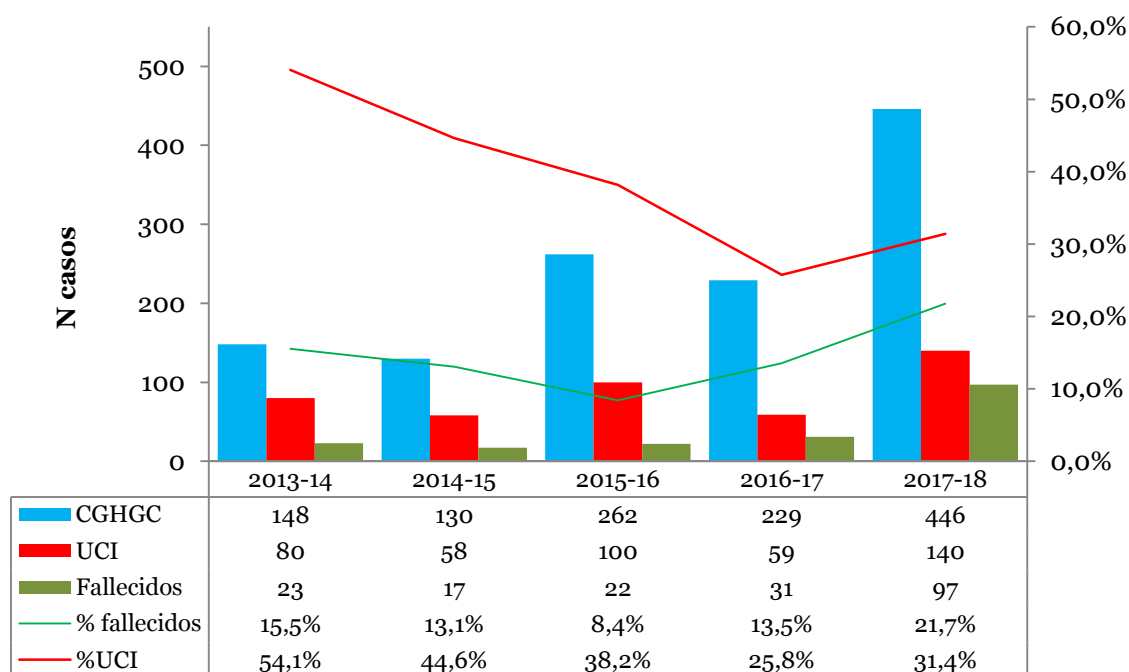
En la figura 7, se representa el porcentaje de CGHGC, ingresos en UCI y fallecimientos, por grupos de edad durante esta temporada gripal. Un alto porcentaje de los fallecimientos, concretamente el 81,4%, se registraron en personas de más de 64 años.

Figura 7.- CGHGC, UCI y fallecidos (%). Temporada 2017-2018 CAPV.



En la figura 8, se refleja que en esta última temporada en relación con las anteriores, se ha producido un aumento de casos graves hospitalizados con gripe confirmada, ingresos en UCI y fallecimientos.

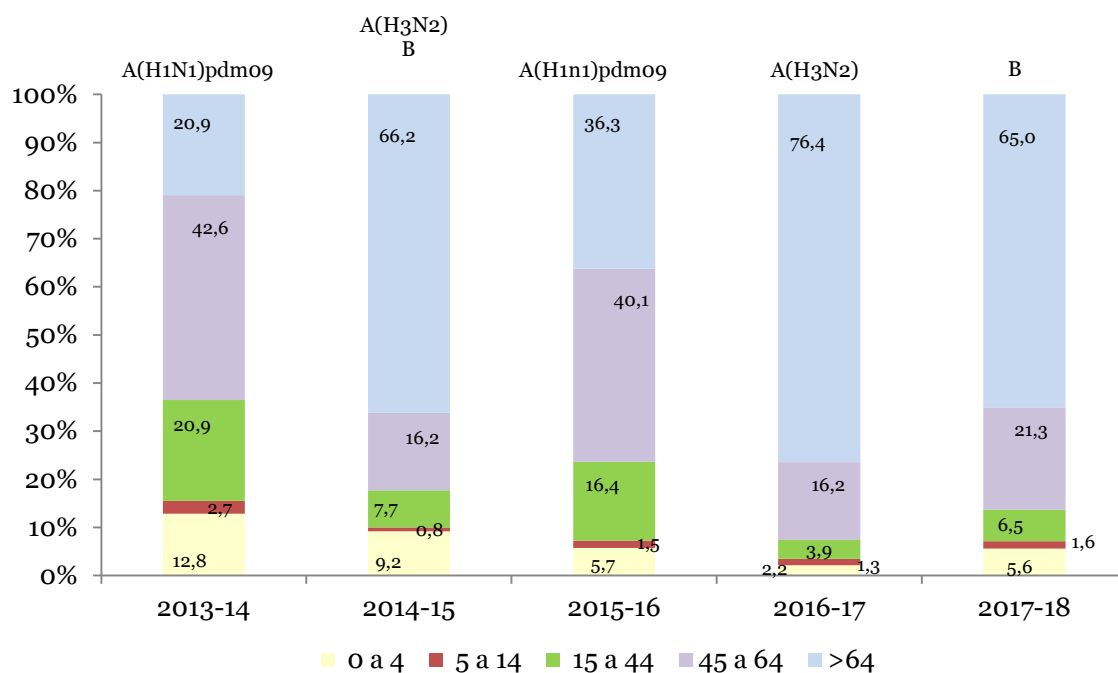
Figura 8.- CGHGC, UCI, Fallecidos. CAPV 2013-14 a 2017-18.



Existen diferencias significativas ($p < 0.05$) en el porcentaje mayor de fallecimientos registrados en la temporada 2017-18 en relación a temporadas previas.

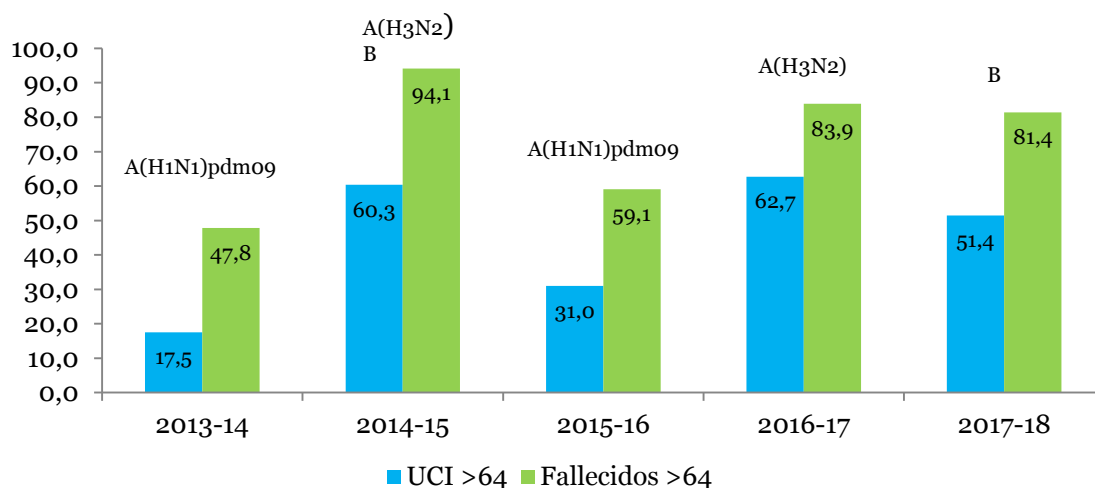
En la figura 9, se realiza el análisis por grupo de edad y en función del subtipo viral predominante en la temporada correspondiente. En las temporadas reflejadas en el gráfico, la población más afectada es la mayor de 64 años, a excepción de cuando el tipo/subtipo predominante es A(H1N1)pdm09 que es la población del grupo de 45 a 64 años.

Figura 9.- % CGHGC según grupo de edad. CAPV 2013-14 a 2017-18



Analizando específicamente los casos que precisaron ingreso en UCI o fallecieron, se observa (figura 10), que los datos de esta temporada 2017-18 presentan valores más altos y más parecidos a los datos de las temporadas en las que predominó AH₃N₂, que a los datos de las temporadas en las que predominó A(H1N1)pdm09.

Figura 10.- (%) CGHGC mayores de 64 años ingresados en UCI y fallecidos



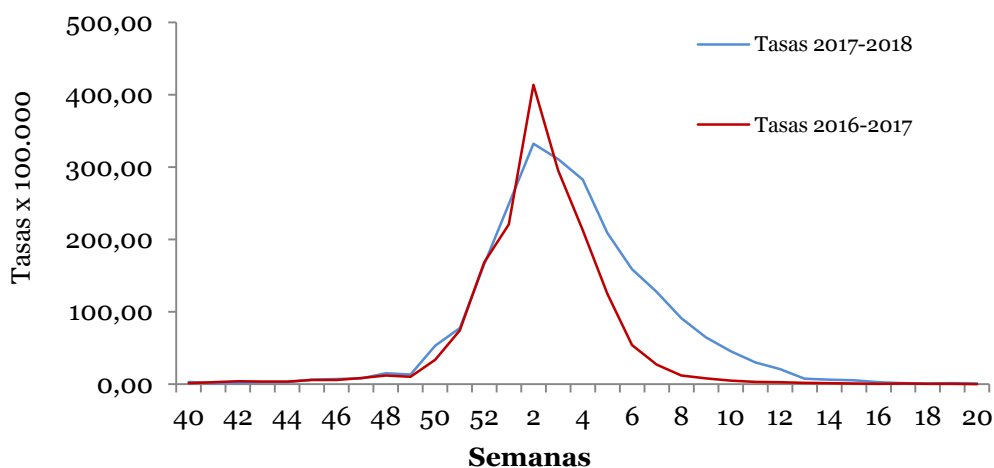
1.9.- Frecuentación por síndrome gripal en Atención Primaria.

En la red de Atención Primaria de Osakidetza durante la temporada 2017-18 se registraron un total de 50.158 consultas por síndrome gripal, lo que representa un tasa acumulada de 2.308,37 casos por 100.000 habitantes.

La mayor demanda se contabilizó en la semana 2/2018, con 7.222 consultas (tasa de 332,37 casos por 100.000 habitantes). El 94,4% de las consultas se registraron en un periodo de 12 semanas (semanas 50/2017 a 9/2018). En la figura 11 se comparan las dos últimas temporadas.

Figura 11.- Consultas por síndrome gripal en AP.

Temporadas 2016-2017 y 2017-2018

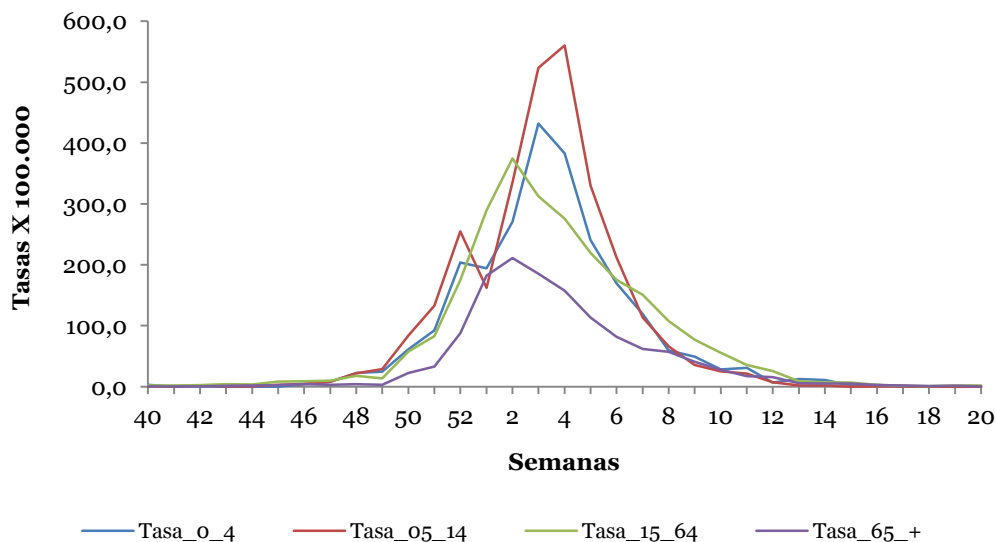


En la siguiente tabla se describen las tasas brutas máximas de frecuentación por síndrome gripal, por 100.000 habitantes según OSI y semana.

OSI / Comarca	Semana	Mayor tasa registrada
Araba	2/2018	297,1
Arabako Erioxa	5/2018	341,8
Alto Deba	1/2018	385,2
Bajo Deba	2/2018	328,2
Bidasoa	2/2018	372,1
Barakaldo Sestao	3/2018	277,2
Barrualde Galdakao	2/2018	331,8
Bilbao Basurto	3/2018	289,4
Donostialdea	2/2018	364,3
Ezkerraldea Enkarterri Cruces	4/2018	363,4
Goierri Alto Urola	2/2018	438,2
Tolosaldea	2/2018	473,0
Uribe	2/2018	321,6

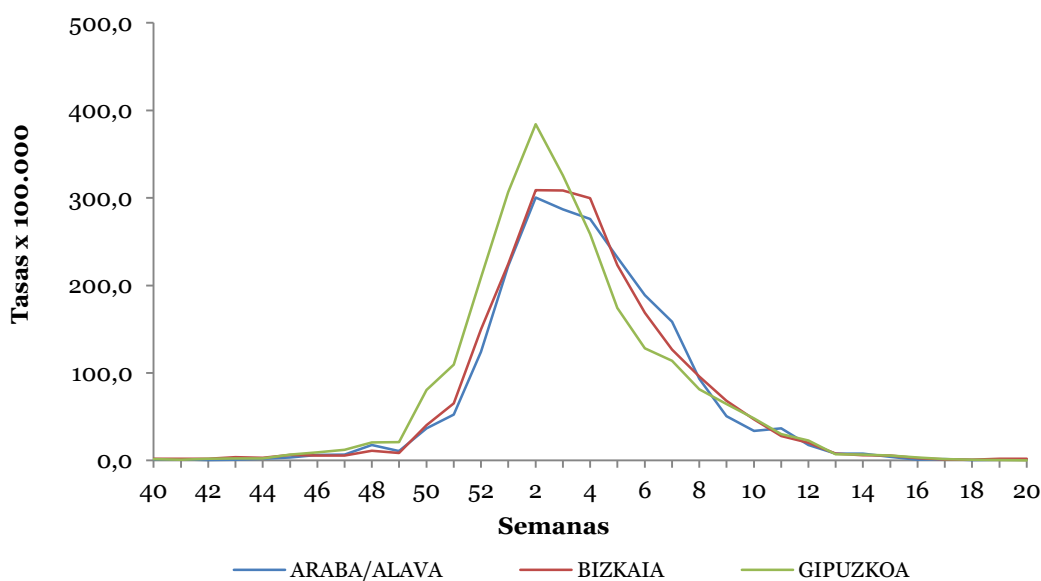
En la figura 12, se observa como en todos los grupos de edad, la mayor frecuentación por síndrome gripal se registró entre las semanas 2/2018 y 4/2018, destacando los 560,3 casos por 100.000 habitantes en el grupo de 5 a 14 años.

Figura 12.- Consultas síndrome gripal por grupo de edad. (Tasas por 100.000). Osakidetza. Temporada 2017-2018.



Por Territorios Históricos las mayores tasas brutas expresadas en casos por 100.000 habitantes han sido de 300,6 en Araba, 308,8 en Bizkaia y de 384,3 en Gipuzkoa registrándose estas en la semana 2/2018 (figura 13).

Figura 13.- Consultas síndrome gripal por TH (Tasas por 100.000). Osakidetza. Temporada 2017-2018.

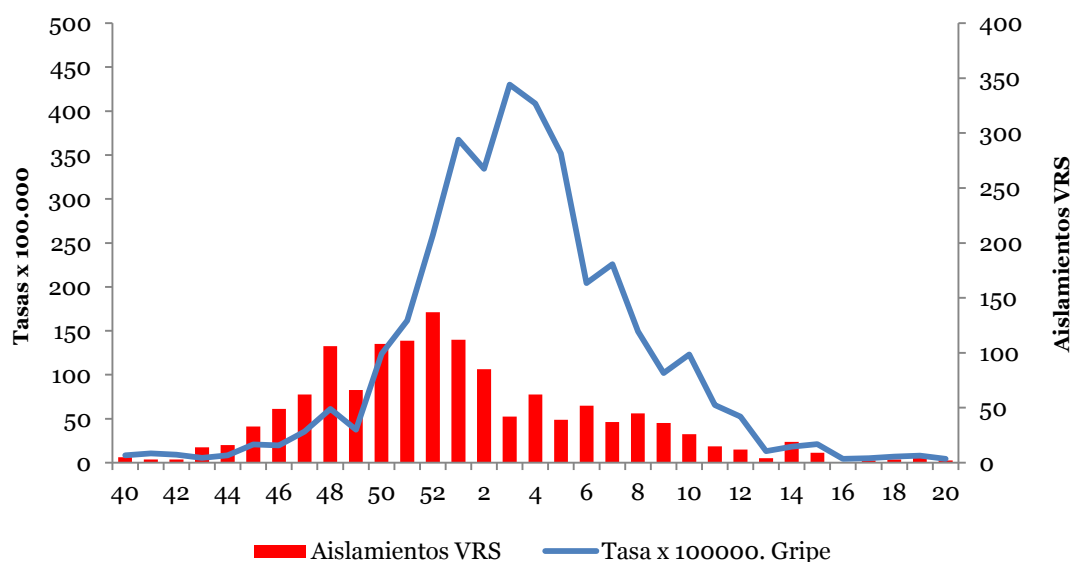


1.10.-Vigilancia microbiológica del virus respiratorio sincitial (VRS).

Desde el inicio de la temporada, paralelamente a la vigilancia de gripe, los laboratorios de microbiología han declarado 1.321 casos de VRS (figura 15). El 51,85% de los casos tienen entre 0 y 2 años.

El aumento de notificaciones de VRS se inició en la semana 45, cinco semanas antes de que la tasa de gripe superase el umbral epidémico. Hasta la semana 52/2017 se mantuvo una notificación ascendente, tres semanas antes del pico de gripe. A partir de este momento las notificaciones fueron en descenso (figura 14).

Figura 14.- Aislamientos de VRS y tasas x 100.000 de gripe.
Temporada 2017-2018 CAPV



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

2.1.- Actividad gripal temporada 2017-18 (ScVGE).

La onda epidémica gripal esta temporada tuvo un inicio (semana 50/2017, tasa de incidencia de gripe notificada 55,77 casos por 100.000 habitantes) y un pico de actividad (semana 03/2018, tasa de incidencia de gripe notificada 277,41 casos por 100.000 habitantes) tempranos, así como una duración prolongada (13 semanas).

La red de Asturias fue la primera en notificar tasas de incidencia de gripe por encima de su umbral basal, así mismo fue en Asturias donde primero alcanzó la onda epidémica el pico máximo de actividad. En la semana 48/2017 se observó una intensificación de la

actividad gripal, especialmente en zonas del norte (Asturias) y noroeste, así como del oeste peninsular.

En la semana 3/2018 (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.

La intensidad de la actividad gripal esta temporada, fue media/alta, asociada inicialmente a una circulación predominante de virus tipo B (59%) y una contribución creciente de virus tipo A (41%) principalmente del subtipo A(H3N2) (59%), pero también del subtipo A(H1N1)pdm09.

La tasa global de incidencia acumulada de gripe ajustada por edad fue de 2.313 (IC 95%: 2.281-2.346) casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia acumulada se observaron en el grupo de 0-4 años (5.110 casos/100.000 habitantes), seguido del grupo de 5-14 años (40242 casos/100.000 habitantes). En los grupos de 15-64 años y mayores de 64 años, las tasas de incidencia acumulada de gripe fueron 1.971 y 1.163 casos/100.000 habitantes respectivamente.

La intensidad de circulación del VRS (0,5% de muestras positivas) comenzó a disminuir a partir de la semana 49/2017 (tasa de 27%), en la que se observó el pico en la tasa de detección viral.

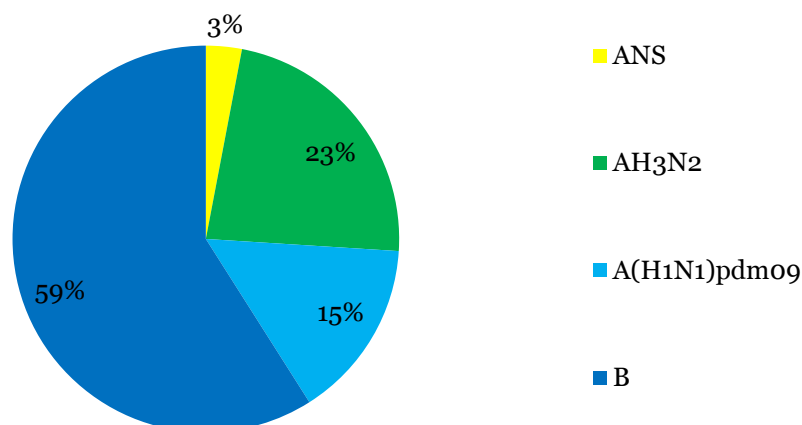
2.2.- Datos virológicos (ScVGE).

Tras alcanzar el máximo en la semana 52/2017 (72%) las tasas de detección viral permanecieron estables (70-72%) hasta la semana 03/2018, descendiendo desde entonces, aunque con alguna fluctuación, debido a la disminución de las tasas de detección de virus tipo B. Sin embargo, las tasas de detección del virus tipo A aumentaron paulatinamente desde la semana 06/2018, hasta la semana 11/2018, para descender también desde entonces. Así pues, el porcentaje de positividad se mantuvo por encima del 40% durante 15 semanas consecutivas, desde la semana 50/2017 hasta la semana 12/2018

Desde el inicio de la temporada 2017-18 se han notificado al SVGE un total de 13.596 detecciones de virus de la gripe, de las que el 26% procedían de fuentes centinela. Del total de detecciones virales, un 53,2% corresponden a virus de la gripe tipo B, un 46,7% a virus tipo A (del 72% de los subtipados, el 65% fueron A(H3N2) y el 35% A(H1N1)pdm09) y un 0,1% al tipo C.

De las 3.509 detecciones centinela, el 59% de las muestras fueron virus tipo B, el 40,9% del tipo A y el 0,1% del tipo C. Del 94% de los virus de la gripe A subtipados, el 59% fueron A(H3N2) y el 41% A(H1N1)pdm09. (Figura 15)

Figura 15.- Detecciones centinela de virus de la gripe por tipo/subtipo de virus. Temporada 2017-2018 España

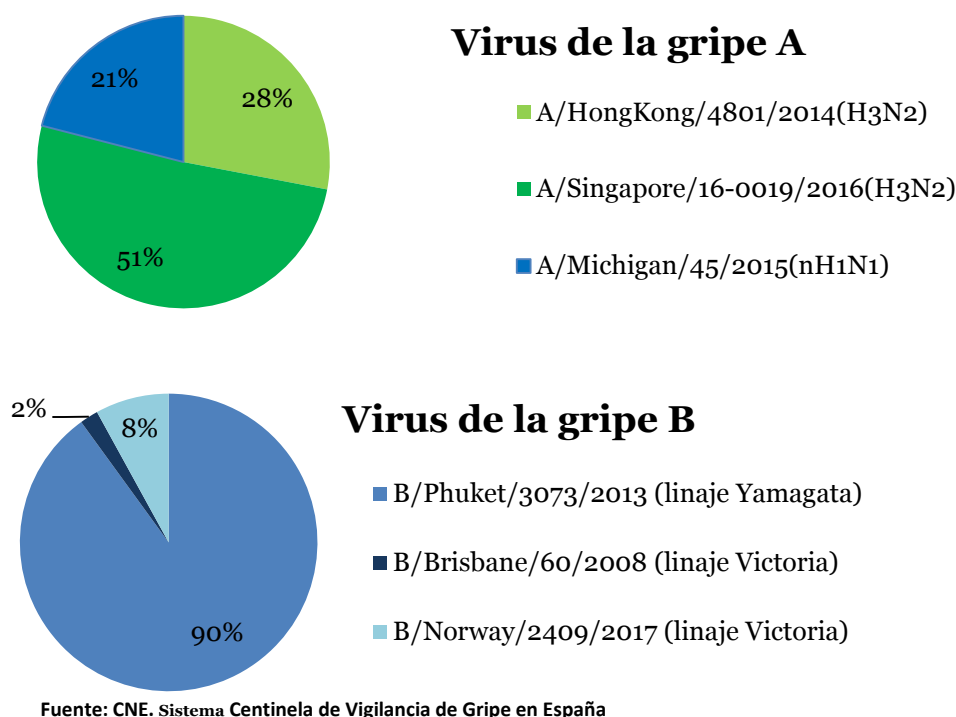


Fuente: CNE. Sistema Centinela de Vigilancia de Gripe en España

De las 10.087 detecciones procedentes de fuentes no centinelas, el 51% fueron del tipo B, el 48,9 del tipo A y el 0,1% del tipo C. Del 66% de los virus tipo A subtipados, el 67% fueron A(H3N2).

Se han caracterizado un total de 1.274 virus de la gripe, que supone un 9,4% de las detecciones virales identificadas por el SVGE, correspondiendo a un 19% a las detecciones centinela y a un 6% a las no centinela. De los 395 virus de la gripe A(H3N2), 260 eran del grupo 3C.2a1 (A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016), y 135 del grupo 3C.2a (A/HongKong/4801/2014). Se han caracterizado también 101 virus A(H1N1)pdm09, del grupo 6B.1 (A/Michigan/45/2015), concordante con la cepa vacunal. En lo que respecta a virus B, se han caracterizado 778 virus, 68 de ellos del linaje Victoria y 710 virus del linaje Yamagata, no incluido en la vacuna estacional de esta temporada. Once de los virus Victoria pertenecían al grupo B/Brisbane/60/2008, concordantes con virus vacunal, y los otros cincuenta y siete al nuevo grupo B/Norway/2409/2017, discordantes con la cepa vacunal. (Figura 16)

Figura 16.- Caracterizaciones genéticas de detecciones de virus de la gripe. Temporada 2017-2018 España



2.3.- Virus Respiratorio Sincitial.

A lo largo de la temporada se ha observado un aumento en la tasa de detección de VRS desde la semana 42/2017 hasta la semana 49/2017 en la que se alcanzó la tasa máxima de positividad del 27%. Desde entonces la circulación del VRS disminuyó, mientras que se mantuvo el aumento en la intensidad de circulación de los virus gripales.

2.4.- Brotes por virus gripales (ScVGE).

Durante la temporada 2017-18 se notificaron 27 brotes de gripe en siete CCAA. En catorce brotes (51,85%) se identificó como agente causal el virus de la gripe A (9 ANS y 5 A(H3N2)) y en trece (48,15) el virus tipo B. De los 3 brotes caracterizados, dos fueron causados por virus B/Phuket/3073/2013 y uno por A/Singapore/INFIMHH-16-0019/201. La tasa global de ataque fue del 15,2%. De entre los casos notificados asociados a brotes, 91 requirieron hospitalización y 24 fallecieron, estos últimos pertenecientes a los brotes que tuvieron lugar en geriátricos.

La gran mayoría de los casos (79%) correspondientes a 22 de los brotes, residían en instituciones geriátricas. La mediana de edad de los afectados fue de 85 años (RIC: 82-89). La mediana de la cobertura vacunación del 94% (rango: 89-95%). La tasa de ataque

fue de 12,8%. Las tasas de ataque en vacunados (10,5%) fueron puntualmente menores que en no vacunados (13,7%).

Tres de los brotes se produjeron en el ámbito escolar. La tasa de ataque fue de 12%. El 82% de las muestras analizadas fueron positivas a virus gripales, uno de los brotes fue producido por virus tipo A no subtipado y 2 por virus tipo B.

El brote producido en la institución sanitaria fue ocasionado por virus tipo B, habiendo sido el 100% de las muestras analizadas positivas. La mediana de edad de los afectados fue de 81 años (RIC: 81-81).

El brote producido en la residencia de larga estancia fue causado por un A(H3N2), habiendo resultado todas las muestras analizadas positivas. La mediana de edad de los afectados fue de 49 años (RIC: 49-49).

La distribución de los brotes por semana de inicio de síntomas tuvo lugar entre las semanas 46/2017 y 13/2018.

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

Durante la temporada 2017-18 participaron en la vigilancia de CGHCG 95 hospitales con una población vigilada global de 23.460.172 habitantes (50,7% de la población española).

Se notificaron 5.977 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en 19 CCAA, entre aquellos de los que se disponía de información, 1.281 (21,8%) fueron admitidos en UCI y 991 (17,4%) fallecieron. En la semana 40/2017 se notificaron los dos primeros CGHGC de la temporada, y en la semana 19/2018 los cuatro últimos.

Del total de CGHGC, el 54% eran hombres. La mediana de edad fue de 73 años (RIC: 58-84), concentrándose la mayor proporción de casos en los mayores de 64 años (66%). De las 183 mujeres en edad fértiles, 19 (10,4%) estaban embarazadas.

En el 54% de los casos se confirmó el virus de la gripe tipo B, en el 45,9% el virus tipo A y en el 0,1% el virus tipo C. De las detecciones A subtipadas (1.139 casos, 42% del total) el 62% fueron A(H3N2) y el 38% A(H1N1)pdm09.

En cuanto a la presencia de factores de riesgo de complicaciones de gripe, 4.675 casos (88% de los que se disponía de esta información) presentaron algún factor siendo los más frecuentes la enfermedad cardiovascular crónica (45%), la diabetes (31%) y la enfermedad pulmonar crónica (30%).

En esta temporada la complicación más frecuente fue la neumonía (73%), similar que en las temporadas 2014-15 y 2016-17 en las que circuló el tipo A(H3N2) e inferior a la temporada 2015-16 cuando circuló el tipo A(H1N1)pdm09.

Respecto al estado de vacunación, de los 4.587 pacientes diana, el 53% no había recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

Se ha estimado el nivel de impacto de la epidemia en esta temporada en función de las tasas de hospitalización de CGHGC, mediante umbrales establecidos con el método MEM, presentando un nivel alto de impacto en morbilidad hospitalaria, a expensas fundamentalmente del grupo de mayores de 64 años.

Del total de CGHGC en la presente temporada, 1.281 casos ingresaron en UCI (21,8% de los que disponían de esa información).

Desde la semana 40/2017 hasta la semana 20/2018 se registraron 991 defunciones entre los CGHGC en 17 CCAA. El 52% eran hombres y la mediana de edad fue de 82 años (RIC: 71-88). La mortalidad aumenta con la edad, concentrándose la mayor proporción de casos en los mayores de 64 años (85%). En el 59% de los casos se confirmó la infección por virus de la gripe B, y en el 41% del tipo A. De los 919 casos de los que se disponía de información, el 98% presentaba algún factor de riesgo de complicaciones de gripe: enfermedad cardiovascular crónica (55%), diabetes (31%) y enfermedad pulmonar crónica (30%). El 54% de los casos desarrolló neumonía y el 29% ingresó en UCI. De los 864 casos recomendados de vacunación, el 49% no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

La letalidad de la enfermedad grave de gripe en la temporada 2017-18, estimada en términos de defunciones entre el total de los CGHGC y entre los casos admitidos en UCI fue del 17,3% (IC 95%: 16,4-18,3) y 22,8% (IC 95%: 20,5-25,3), respectivamente. Así mismo esta, observada en términos de defunciones entre CGHGC fue similar a las temporadas 2014-15 y 2016-17, con circulación mayoritaria de A(H3N2). 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.

2.6.- Casos hospitalizados con gripe confirmada (Chosp).

Durante la temporada 2017-18 han participado en la vigilancia de los casos hospitalizados con gripe confirmada independientes de su gravedad (Chosp), los mismos hospitales que participan en la vigilancia de CGHGC. La finalidad de esta

vigilancia es la evaluación del impacto que las epidemias de gripe tienen en la hospitalización de casos, y poder realizar estimaciones del número de Chosp a nivel nacional.

Esta temporada, se han notificado 16.810 casos hospitalizados con gripe confirmada. La distribución por grupos de edad fue similar a la de los CGHGC, concentrándose la mayor proporción de casos en el grupo de 45- 64 años (25% en Chosp y 20% en CGHGC). También fue similar la distribución de los casos por tipo/subtipo respecto a los CGHGC, si bien el porcentaje de virus tipo B fue algo más elevado (57% en Chosp vs 54% en CGHGC). De las detecciones A subtipadas (45%), el 69% fueron A(H3N2) y el 31% A(H1N1)pdm09. El porcentaje de admisión en UCI sobre el total de Chosp fue del 7,5% (IC 95%: 7,1-7,9) y la letalidad del 5,7% (IC 95%: 5,4-6,0).

Por extrapolación a la población española se estimó que el nº de Chosp sería de 51.677, siendo la tasa acumulada estimada de 115,5 Chosp/100.000 hb. (IC 95%: 114,5-116,5). El total estimado de Chosp en el grupo de mayores de 64 años fue de 27.833, tasa acumulada estimada de 323,6 Chosp/100.000 hb. (IC 95%: 319,8-327,4)

2.7.- Efectividad vacunal (EV) antigripal 2017-18

Los estudios de efectividad de la vacuna (EV) antigripal 2017-18 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 de la vacuna antigripal frente a infección confirmada por virus tipo B en todas las edades (35%), con un valor ligeramente superior para los mayores de 64 años (48%).

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 del 20%, siendo inferiores a las encontradas en atención primaria.

Respecto a la gripe tipo A(H3N2), la vacuna no confirió efecto protector frente a la infección confirmada en atención primaria, si bien se estimó una EV antigripal moderada/baja frente a formas graves de gripe. La EV frente a la gripe leve confirmada A(H1N1)pdm09, mostró valores mayores que frente a A(H3N2) y B.

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 2018, sobre las recomendaciones de la vacuna antigripal de la próxima temporada 2018-19.

3. EVOLUCIÓN INTERNACIONAL DE LA GRIPE

El virus de la gripe ha circulado ampliamente en la Región Europea en esta temporada. Desde la semana 52/2017 hasta la semana 12/2018 el porcentaje de muestras positivas entre las muestras centinela recogidas ha sido superior al 40%.

Esta temporada en general, a través de los sistemas de vigilancia tanto centinela como no centinela, se han detectado mayoritariamente virus de la gripe del tipo B, siendo los asignados principalmente al linaje B/Yamagata. Sin embargo, la mayor parte de los subtipos de virus de la gripe A de los que informó el sistema centinela fueron A(N1H1)pdm09, mientras que a través del sistema no centinela se detectaron números similares de virus A(H3N2) y A(N1H1)pdm09. Esto puede deberse, a la mayor proporción de muestras no centinela procedentes del entorno hospitalario y de centros de atención a largo plazo para ancianos, con circulación de virus A(H3N2) que a menudo causan enfermedad más grave en estos últimos, a diferencia de los virus A(N1H1)pdm09 que afectan con más intensidad a los pacientes de mediana edad.

Desde la semana 40/2017, se han caracterizado 2.146 virus.

De los 1.118 virus A(H3N2) caracterizados, 650 virus (58%) pertenecen al grupo 3C.2a (grupo incluido en la vacuna recomendada por la OMS para el hemisferio norte en la temporada 2017-18), 448 virus (40%) al grupo 3C.2a1 y 20 virus (2%) al grupo 3C.3^a. De los 814 virus A(N1H1)pdm09 caracterizados, 812 pertenecieron al grupo 6B.1 componente de la vacuna A/Michigan/45/2015 y 2 al grupo 6B representado por A/Sudáfrica/3626/2013.

En cuanto al virus tipo B, 74 virus (48%) de los virus B/Victoria, pertenecían a un nuevo subgrupo, representado por B/Norway/2409/2017 y que ha sido detectado en varios países. Respecto al linaje B/Yamagata, 1.782 virus pertenecían al grupo 3, representado por B/Phuket/3073/, y 1 al grupo 2 representado por B/Massachusetts/02/2012.

En cuanto los casos hospitalizados con gripe confirmada fuera de la UCI, entre las semanas 40/2017 y 20/2018 el 61% de los aislamientos correspondieron a virus de la gripe tipo B y el 57% de los casos registrados correspondieron a pacientes de más de 64 años.

El 53% de los casos ingresados en UCI esta temporada fueron debidos al virus de la gripe tipo A y el 47% de los casos al virus tipo B. El 58% de los virus de la gripe tipo A fueron A(N1H1)pdm09 y el 42% virus A(H3N2). El 44% de los casos con edad registrada, estaba en el rango 15-64 años, y el 48% tenían más de 64 años.

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 64 años entre diciembre de 2017 y febrero de 2018.

4. GRIPE ZONÓTICA O VARIANTE

Desde 2003 hasta la actualidad (18/07/2018) se han notificado oficialmente a la OMS un total de 860 casos humanos confirmados por laboratorio de gripe aviar **A(H5N1)**, procedentes de 16 países, de los cuales 454 fallecieron. Desde mayo de 2014 hasta el último informe de la OMS (28.05.2018), 19 casos de infección humana con el virus de la gripe aviar **A(H5N6)** han sido notificados, incluyendo 6 muertes. Desde marzo del 2013 hasta la actualidad, se han notificado a la OMS un total de 1.567 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la gripe **A(H7N9)**, incluyendo 615 muertes.

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 ANTIGRIPE 2018-19

La OMS ha recomendado que las vacunas tetravalentes para la temporada 2018/2019 en el hemisferio norte contengan los siguientes componentes:

- Cepa análoga a A/Michigan/45/2015 (H1N1)pdm09
- Cepa análoga a A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016(H3N2)
- Cepa análoga a B/Colorado/60/2017 (linaje B/Victoria/2/87)
- Cepa análoga a B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata/16/88)

Se recomienda que el componente de virus B incluido en la vacuna trivalente para uso en la temporada 2018-2019 en el hemisferio norte sea la cepa análoga al virus B/Colorado/60/2017 del linaje B/Victoria/2/87.

6. Referencias bibliográficas.

- European Influenza Surveillance Network (EISN) .
<https://ecdc.europa.eu/en/about-us/partnerships-and-networks/disease-and-laboratory-networks/eisn>
- 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 2018-2019 northern hemisphere influenza season
http://www.who.int/influenza/vaccines/virus/recommendations/201802_qanda_recommendation.pdf
- Efectividad vacunal
<https://sites.google.com/site/epiflu/Home>
<http://www.i-moveplus.eu/>
- EuroMOMO. European monitoring of excess mortality for public health action.
Disponible en: <http://www.euromomo.eu/>.