

BOLETÍN *epidemiológico* SEMANAL

Semanas 44-47

Del 29/10 al 25/11 de 2018
2018 Vol. 26 n.º 6 / 78-99

ISSN: 2173-9277
ESPAÑA



SUMARIO

Informe de situación: Actividad gripal en la temporada 2018-19 Evaluación de riesgo hasta semana 03/2019 78

INFORME DE SITUACIÓN: ACTIVIDAD GRIPAL EN LA TEMPORADA 2018-19 EVALUACIÓN DE RIESGO HASTA SEMANA 03/2019

Jesús Oliva (1), Concepción Delgado-Sanz (1), Alin Gherasim (1), Francisco Pozo (2), Inmaculada Casas (2), Amparo Larrauri (1) y el Sistema de Vigilancia de Gripe en España (3)

- (1) Grupo de Vigilancia de Gripe. Área de Vigilancia en Salud Pública. Centro Nacional de Epidemiología. CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III.
- (2) Centro Nacional de Referencia de Gripe. Centro Nacional de Gripe de la OMS del Centro Nacional de Microbiología. CIBERESP. Instituto de Salud Carlos III.
- (3) Integrantes del Sistema de Vigilancia de Gripe en España se detallan en el Anexo 2 al final de documento.

Resumen

La epidemia gripal 2018-19 se ha iniciado en España en la semana 01/2019, tres semanas más tarde que en las dos temporadas previas, pero en el rango de las temporadas post-pandémicas previas. La incidencia de gripe se asocia de forma casi exclusiva a la circulación de virus de la gripe tipo A. Aunque la proporción entre subtipos A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) es similar, la tendencia de las últimas semanas indica un aumento en la proporción del primero. Los datos de vigilancia en hospitales señalan una distribución similar por tipo/subtipo de virus. Si bien el grupo de mayores de 65 años es el mayoritario (53%), este porcentaje es inferior al que se puede observar en aquellas temporadas en las que predomina A(H3N2) y se parece más a aquellas temporadas en las que predominó A(H1N1)pdm09.

Hasta el momento, la epidemia gripal 2018-19 presenta un nivel bajo de transmisibilidad en todos los grupos de edad. El impacto ocasionado en la población española se estima medio, en términos de tasa de hospitalización y bajo en términos de excesos de mortalidad por todas las causas. Ambos indicadores, así como la gravedad clínica de la enfermedad, se seguirán evaluando en las semanas próximas de la epidemia gripal.

Las estimaciones preliminares de EV antigripal de esta temporada en Canadá señalan un valor de EV frente a A(H1N1)pdm09 por encima del 70%, en consonancia con datos preliminares de la red Europea I-MOVE. La EV antigripal frente a A(H3N2) es subóptima hasta el momento. Sin embargo, se han estimado valores moderados de EV antigripal frente a todos los virus A en grupos recomendados de vacunación, lo que refuerza la recomendación oficial de vacunación antigripal en estos grupos de riesgo de complicaciones por gripe.

En definitiva, las características de la epidemia 2018-19 hasta el momento se mueven en un patrón intermedio entre las temporadas de A(H1N1)pdm09 y las de A(H3N2), de forma que según derive la circulación mayoritaria de uno u otro virus, cabe esperar que predominen unas u otras características.

Abstract

Influenza activity in Spain started this 2018-19 season in week 01/2019, three weeks later than in the previous two seasons, but in the range of the previous post-pandemic seasons. So far, the influenza season 2018-19 is characterized by the predominant circulation of type A. Although both A(H1N1)pdm09 and A(H3N2) subtypes are co-circulating in similar proportions, the trend of the last weeks indicates an increase in the proportion of the first. Surveillance data in hospitals indicate a similar distribution by type/subtype. Although 53% were adults 65 years of age and older, this percentage is lower than that observed in seasons associated with A(H3N2) predominance, and more similar to those seasons in which A(H1N1)pdm09 predominated.

So far, the influenza season 2018-19 has a low level of transmissibility in all age groups. The impact caused in the Spanish population is estimated as “medium”, in terms of hospitalization rates, and “low” in terms of all causes excess mortality. Both indicators, as well as the clinical severity of the disease, will continue to be evaluated in the next few weeks of the flu epidemic.

Preliminary estimates of the effectiveness of influenza vaccine this season in Canada indicate good vaccine effectiveness (VE) (above 70%), in line with preliminary data from the European I-MOVE network. The VE against influenza A(H3N2) viruses is suboptimal so far. However, moderate values of VE have been estimated against all A viruses in recommended groups of vaccination, which reinforces the official recommendation of influenza vaccination in these risk groups of complications due to influenza.

In short, the characteristics of the influenza season 2018-19 so far move in an intermediate pattern between the A(H1N1)pdm09 seasons and those with A(H3N2) predominance. It is expected that some or other characteristics will prevail depending on the predominance of the circulation of one or the other virus.

1. CONTEXTO

En este documento se presenta la situación de la actividad gripal en la semana 03/2019, tras haberse iniciado la epidemia gripal 2018-19 en la semana 01/2019. Se basa en la información suministrada por el Sistema de Vigilancia de Gripe en España, en el que se recogen datos de diversos sistemas y fuentes de información dentro de atención primaria y secundaria del Sistema Nacional de Salud, Laboratorios de gripe, Servicios de Salud Pública de las comunidades autónomas (CCAA) y fuentes secundarias de información. El objetivo es proporcionar una información sobre la evolución de la actividad gripal en España y su posible impacto sobre la población, especialmente en los grupos de riesgo de complicaciones por gripe, que pueda apoyar a los profesionales de salud pública y otros profesionales sanitarios en la adopción de las medidas de control de la enfermedad.

2. SITUACIÓN EN EUROPA Y EN EL MUNDO

En la semana 02/2019 el nivel de actividad gripal continúa aumentando en la Región Europea. El porcentaje de positividad entre las muestras centinela analizadas aumenta en las últimas semanas (42% - 45% en las semanas 01-02/2019). De las muestras centinela analizadas hasta el momento, el tipo A supuso el 99%, con una proporción similar de A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) entre los subtipados (54% y 46%, respectivamente)⁽¹⁾.

Desde la semana 40/2018 se ha notificado la caracterización genética de 339 virus: 220 eran A(H1N1)pdm09 pertenecientes al grupo A/Michigan/45/2015 (6B.1) y 117 eran A(H3N2), perteneciendo 78 de ellos al subgrupo A/Alsace/1746/2018 (3C.2a1b), 6 al subgrupo A/Switzerland/8060/2017 (3C.2a2), 7 al subgrupo A/Cote d'Ivoire/544/2016 (3C.2a3), 23 al subgrupo A/England/538/2018 (3C.3a) y 3 a un subgrupo no catalogado. El único virus B/Yamagata caracterizado pertenece al grupo B/Phuket/3073/2013, y el único B/Victoria pertenece al grupo B/Brisbane/60/2008.

Entre los casos de gripe confirmados con admisión en UCI, se detectó el virus tipo A en el 98% [84% A(H1N1)pdm09 entre los subtipados] y el tipo B en el 2%. El 48% pertenecían al grupo de 15 a 64 años, y el

43% al de mayores de 65. Entre los casos confirmados hospitalizados en otros servicios fuera de la UCI, también el 98% eran tipo A, con un 72% de A(H1N1)pdm09 y un 28% de A(H3N2) entre los subtipados. En la zona templada del hemisferio norte la actividad gripal continúa incrementándose lentamente, siendo la mayoría de los virus detectados del tipo A [79% de A(H1N1)pdm09 entre los subtipados]⁽²⁾. En América del Norte la actividad permanece elevada, con predominio de A(H1N1)pdm09⁽³⁾. En la zona templada del hemisferio sur la actividad gripal ha vuelto a niveles de intertemporada, excepto en algunas zonas de Australia.

Una imagen de la situación de la actividad gripal en Europa hasta la semana 03/2019 se puede ver en el Anexo 1.

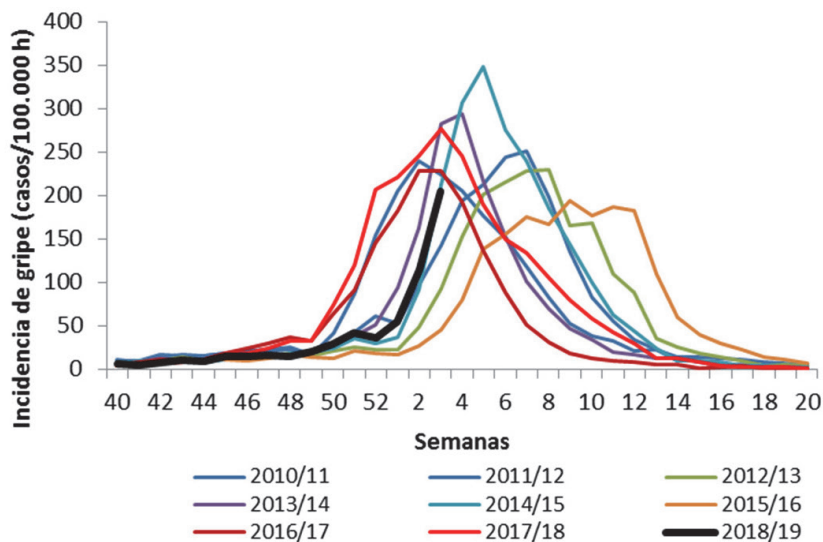
3. SITUACIÓN EN ESPAÑA

Vigilancia en atención primaria. Sistemas centinela

Información epidemiológica

Según la información notificada al Sistema centinela de vigilancia de gripe en España (ScVGE), la tasa de incidencia semanal de gripe en la temporada 2018-19 superó el umbral basal en la semana 01/2019, comenzando el periodo epidémico gripal (Figura 1), tres semanas más tarde que las dos últimas temporadas, pero antes que en la 2015-16, que no comenzó hasta la semana 04/2016. A partir de la semana 01/2019 se inició la fase de ascenso de la onda epidémica gripal, con una tasa de incidencia de 205,3 casos/100.000h en la semana 03/2019. En temporadas previas, el pico de la epidemia gripal se alcanzó entre 3 y 7 semanas tras superar el umbral basal, con una media de 4,3 semanas, con lo que se podría esperar un acmé de la onda epidémica gripal entre la semana 4 y 5 de 2019.

Figura 1. Incidencia semanal de gripe. ScVGE. Temporadas 2010-11 a 2018-19.



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

Por grupos de edad, se observa un ascenso significativo de las tasas de incidencia en todos ellos, especialmente en los menores de 15 años.

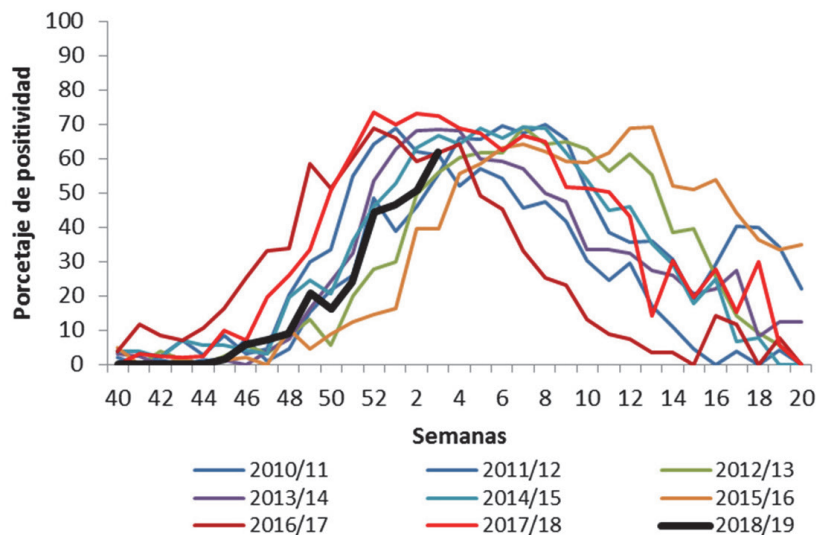
En la semana 03/2019, quince de dieciséis redes centinela señalan tasas de incidencia de gripe por encima de su umbral epidémico y la circulación de virus gripales es considerada generalizada en 13 de ellas.

La actividad ha estado asociada a la circulación casi exclusiva de virus tipo A desde el principio de la temporada, con circulación tanto de A(H1N1)pdm09 como de A(H3N2) en similar proporción

entre los subtipados de muestras centinela, desde el inicio de la temporada hasta la semana 02/2019. No obstante, en las dos últimas semanas el porcentaje de A(H1N1)pdm09 ha aumentado y superado al de A(H3N2).

La tasa de positividad a nivel nacional ha aumentado progresivamente desde hace cinco semanas, de forma que en la semana 03/2019 un 62% de las muestras tomadas por los médicos centinela han sido positivas a virus gripales (Figura 2).

Figura 2. Porcentaje de positividad semanal. ScVGE. Temporadas 2010-11 a 2018-19.



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

La tasa de detección viral en la primera semana de la epidemia gripal 2018-19 fue algo menor que el promedio observado en temporadas anteriores (47% vs 55%), pero se acerca progresivamente a los valores correspondientes a la tercera semana de la onda epidémica (62% vs 65%).

La sintomatología de la infección por virus de la gripe y el virus respiratorio sincitial (VRS) es muy similar y ambos circulan cada año en invierno. Esta temporada, como suele ser habitual, la pendiente de ascenso en la circulación de VRS precedió la del virus de la gripe, y comenzó su descenso ya en la semana 50/2018. Nos encontramos pues ante una evolución bastante habitual en la que la disminución en la circulación de VRS señala el desarrollo de la onda epidémica de gripe.

Información virológica

De las 531 detecciones centinelas notificadas desde el inicio de la temporada 2018-19 hasta el momento, el 100% son tipo A [57% de A(H1N1)pdm09 y 43% de A(H3N2) entre los virus A subtipados]. Desde la semana 01/2019, el porcentaje de A(H1N1)pdm09 supera al de A(H3N2) [58% vs 42% respectivamente en la semana 03/2019] (Tabla 1).

Basándose en estudios genéticos realizados en el Centro Nacional de Microbiología (110 virus analizados) y el Centro Nacional de Gripe de Barcelona (11 virus analizados), se han caracterizado 79 virus de la gripe A(H3N2), 31 del grupo 3C.2a1b (A/Alsace/1746/2018), 4 del grupo 3C.2a3 (A/Cote d'Ivoire/544/2016), y 44 del grupo 3C.3a (A/England/538/2018). Además, se han caracterizado también 42 virus A(H1N1), del grupo 6B.1 (A/Michigan/45/2015). Aún no se ha determinado la concordancia de cada uno de estos grupos con la correspondiente cepa vacunal de la temporada 2018-19.

Tabla 1. Detecciones centinela de virus de la gripe por tipo/subtipo de virus. Semana 03/2019 y desde el inicio de la temporada 2018-19. ScVGE.

Tipo y subtipo de virus	Semana actual		Temporada 2018-19	
	Número	% *	Número	%*
Tipo A	216	100.0	531	100.0
A(H3N2)	87	42.2	222	43.4
A(H1N1)pdm09	119	57.8	290	56.6
A no subtipado	10		19	
Tipo B	0	0.0	0	0.0
Tipo C	0	0.0	0	0.0
Total detecciones	216		531	

* Para el cálculo del porcentaje por tipo, el denominador es el total de detecciones; para el subtipo, es el número total de virus tipo A subtipado

Transmisibilidad de la epidemia gripal

La transmisibilidad de la epidemia gripal se puede expresar en función del parámetro proxy (tasa semanal de incidencia de gripe multiplicado por el porcentaje semanal de positividad). Según los umbrales de intensidad obtenidos con el método MEM, hasta el momento se está desarrollando una epidemia con niveles de transmisibilidad bajos en toda la población y por grupos de edad (Figura 3 y Tabla 2). Es de esperar un aumento de la transmisibilidad de la gripe en las semanas próximas con una posible discriminación del nivel de intensidad en alguno de los grupos de edad evaluados.

Figura 3. Transmisibilidad de la onda epidémica gripal. Proxy para todas las edades. ScVGE. Temporada 2018-19 hasta la semana 03/2019.

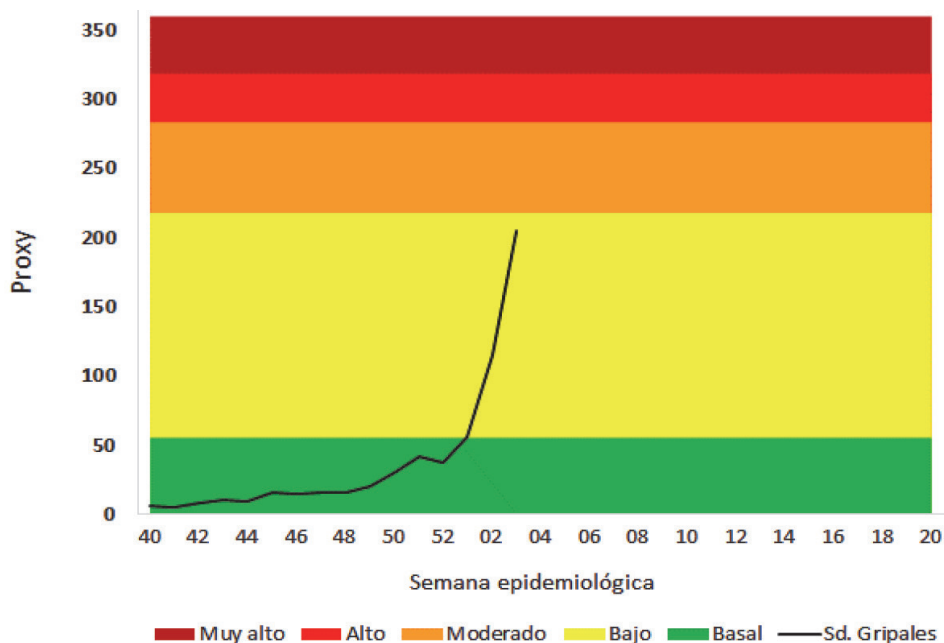


Tabla 2. Niveles de transmisibilidad de la onda epidémica gripal. Proxy para todas las edades y por grupos de edad. ScVGE. Temporada 2018-19, hasta la semana 03/2019.

Edad	50	51	52	1	2	3
Todos	4.80	10.04	16.51	26.04	55.39	87.46
<15 años	10.96	26.09	25.54	40.31	83.83	198.52
15-64 años	3.72	6.43	16.04	25.32	55.14	64.08
65 años	0.69	2.54	7.38	11.39	18.58	28.89

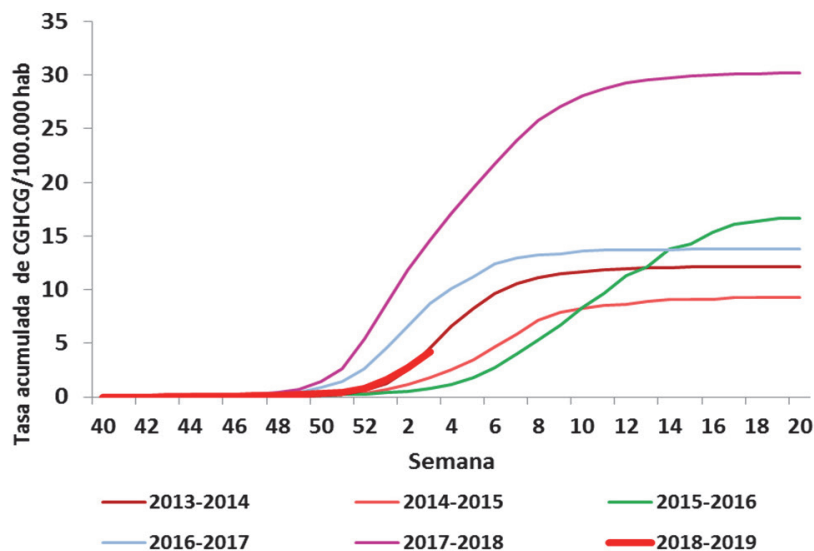
Nulo	Bajo	Medio	Alto	Muy alto
------	------	-------	------	----------

Vigilancia hospitalaria

Características y factores de riesgo asociados a las formas graves de gripe

Desde el inicio de la temporada, la tasa acumulada de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) asciende a 3,2 CGHCG/100.000 habitantes en la semana 03/2019. En la [figura 4](#) se presenta la evolución de las tasas acumuladas de CGHCG desde el inicio de la temporada 2018-19, comparada con las de temporadas previas.

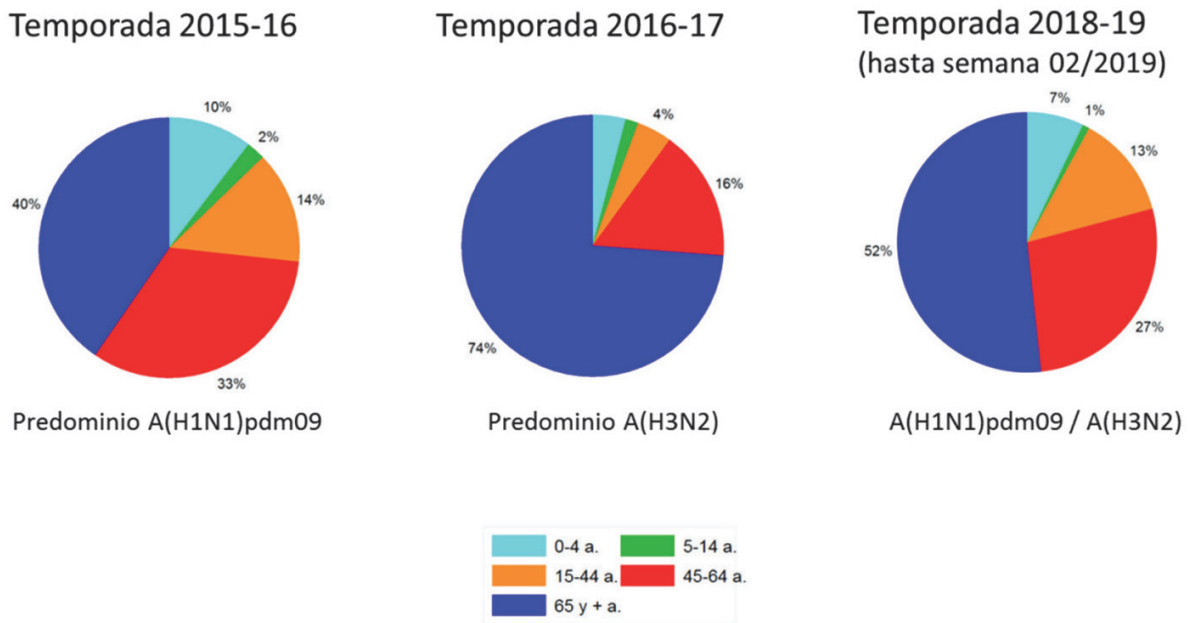
Figura 4. Tasas acumuladas de CGHCG. Temporadas 2013-14 a 2018-19. España.



Fuente: CNE. ISCIII. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España

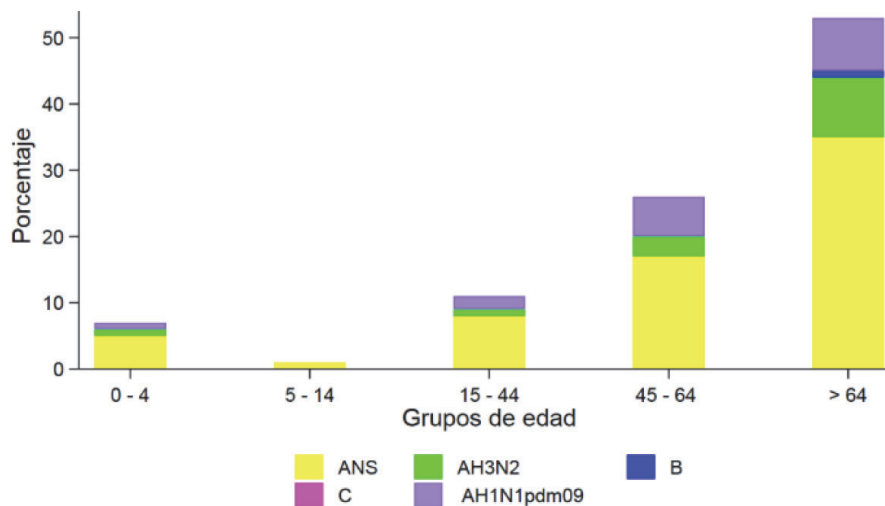
Entre los CGHCG notificados hasta el momento en la temporada 2018-19, se identificó el virus A en el 98% [55% A(H1N1)pdm09 y 45% A(H3N2) entre los subtipados]. El porcentaje de CGHCG es mayoritario en mayores de 64 años (53%) ([Figura 5](#)). Este porcentaje es inferior al que se puede observar en aquellas temporadas en las que predomina A(H3N2) de forma casi absoluta, como en la temporada 2016-17, cuando el porcentaje de mayores de 64 años ascendía al 75%, y superior al encontrado en aquellas temporadas en las que predominó A(H1N1)pdm09, como en la 2015-16 en donde el 40% fueron mayores de 64 años.

Figura 5. Distribución de los CGHCG por grupo de edad. Temporadas 2015-16 a 2018-19. España.



La distribución de tipo/subtipo de virus gripales varía entre los distintos grupos de edad, así en los mayores de 64 años predomina A(H3N2) (54% entre los subtipados), mientras que en los adultos jóvenes predomina A(H1N1)pdm09 (71% y 61% entre los subtipados en los grupos de 45-64 años y 15-44 años, respectivamente) (Figura 6), en consonancia con lo observado en temporadas de predominio de A(H3N2) y A(H1N1)pdm09, respectivamente.

Figura 6. Distribución de CGHCG por grupo de edad y tipo/subtipo de virus. Temporada 2018-19, hasta semana 03/2019. España.



CNE.ISCIII. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El 78% de los pacientes con información disponible presentaban al menos un factor de riesgo de complicaciones de gripe. Este porcentaje es similar al de la temporada 2015-16 [circulación mayoritaria de A(H1N1)], y es menor que el que se observa en temporadas en las que predomina A(H3N2) de forma casi absoluta, como la temporada 2016-17 (91%). Los factores de riesgo más prevalentes hasta el momento en los CGHCG adultos son la enfermedad cardiovascular crónica (43%), la enfermedad pulmonar crónica (31%) y la diabetes (24%).

En cuanto a las complicaciones, el 70% de los pacientes desarrolló neumonía, cifra inferior al 80% observado en la temporada 2015-16 (con circulación mayoritaria de virus A(H1N1)pdm09), y más parecida al observado en temporadas de predominio de A(H3N2) como la 2016-17 (70%).

Gravedad clínica de la epidemia gripal

La gravedad clínica de la epidemia se estima en función de dos parámetros: porcentaje de admisión en UCI y letalidad entre los CGHCG. En la [tabla 3](#) se muestra la comparación de estos parámetros en la tercera semana de la curva epidémica de la temporada actual y las temporadas post-pandémicas previas.

Tanto la tasa de admisión en UCI (28%) como la tasa de letalidad (14%) se encuentran hasta el momento en el rango de temporadas anteriores. Dado el inicio algo más tardío del periodo epidémico de esta temporada es precipitado su comparación con temporadas con un determinado predominio de circulación viral. Ambos parámetros, a la espera de consolidación en semanas posteriores.

Tabla 3. Indicadores de gravedad clínica. España, temporadas de gripe 2010-11 a la 2018-19 en la tercera semana de la epidemia gripal.

Temporada (semana)	Virus dominante	Admisión en UCI	Letalidad
		% (IC 95%)	% (IC 95%)
2010-11 (01/2011)	A(H1N1)pdm09	46 (40-52)	23 (17-30)
2011-12 (02/2012)	A(H3N2)	27 (18-37)	13 (6-22)
2012-13 (05/2013)	B	37 (27-48)	18 (10-30)
2013-14 (03/2014)	A(H1N1)pdm09/A(H3N2)	43 (40-47)	17 (14-20)
2014-15 (04/2015)	A(H3N2)	39 (34-43)	20 (16-27)
2015-16 (05/2016)	A(H1N1)pdm09	46 (42-50)	15 (12-18)
2016-17 (52/2016)	A(H3N2)	25 (22-29)	18 (15-22)
2017-18 (52/2017)	B	28 (25-30)	18 (16-20)
2018-19 (03/2019)	A(H1N1)pdm09/A(H3N2)	27 (25-30)	14 (12-16)

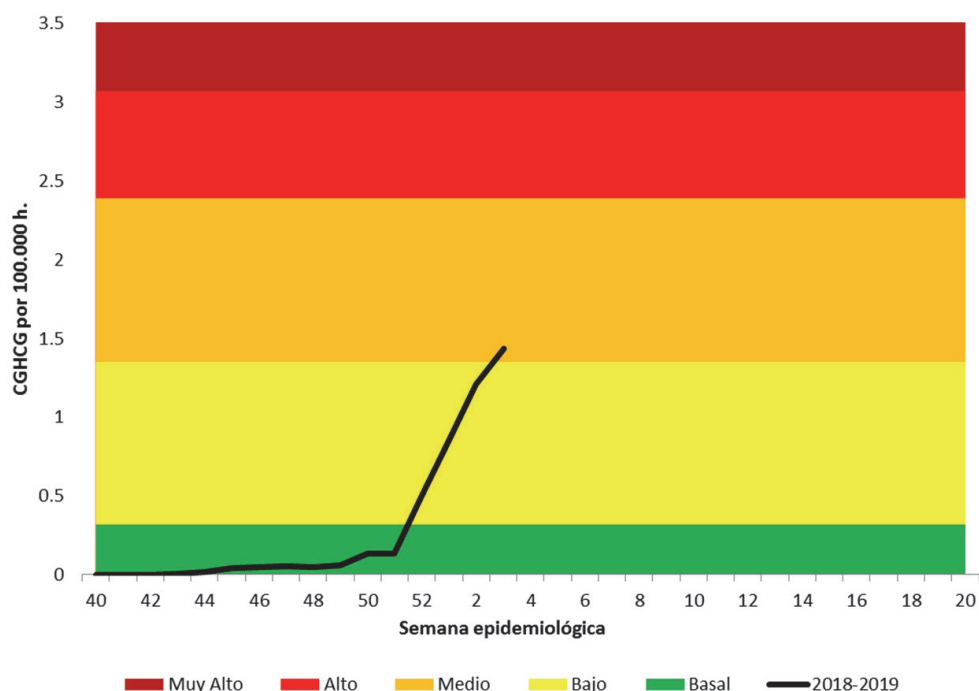
Impacto de la epidemia gripal

El impacto de la epidemia gripal se establece en términos de tasas semanales de hospitalización y excesos de mortalidad por todas las causas.

Tasas semanales de hospitalización

Con objeto de calificar el impacto de la epidemia en función de las tasas semanales de hospitalización se han calculado los umbrales de hospitalización según el método de epidemias móviles (MEM) con las tasas semanales de hospitalización de CGHCG de las temporadas 2013-14 a 2017-18. En la semana 03/2019 se ha superado el umbral basal de hospitalización en todos los pacientes y por grupos de edad, con un nivel medio de impacto de la epidemia gripal hasta el momento ([Figura 7](#)).

Figura 7. Tasas semanales de hospitalización de CGHCG. Temporada 2018-19, hasta semana 03/2019. España.



Exceso de mortalidad por todas las causas

La evolución de los excesos de mortalidad por todas las causas es otro de los parámetros utilizados para estimar el impacto de la epidemia gripal. Los umbrales se han calculado en el marco de la red EuroMOMO⁽⁴⁾ que utiliza un algoritmo común en 24 países europeos para determinar los excesos semanales de mortalidad por todas las causas, en toda la población y por grupos de edad. En la semana 03/2019 se observa por primera vez un exceso de mortalidad del 5% sobre lo esperado, que se concentra fundamentalmente en mayores de 64 años (Tabla 4).

Tabla 4. Z-scores de los excesos de mortalidad por todas las causas, para todas las edades y por grupos de edad. Temporada 2018-19, hasta la semana 03/2019. España.

Grupo de edad	Semana				
	51	52	1	2	3
Todos	0,69	0,76	1,86	1,86	4,79
<15 años	0,90	-1,37	0,76	-0,27	-0,27
15-64 años	-0,22	-0,46	1,45	1,11	2,27
65+ años	0,69	0,86	1,64	4,71	5,78

Nulo Bajo Medio Alto Muy alto

4. EFECTIVIDAD DE LA VACUNA ANTIGRIPIAL

Las estimaciones preliminares de efectividad de la vacuna (EV) antigripal, en el marco del Proyecto cycEVA, componente de la red Europea I-MOVE, como en el de la información procedente del ScVGE, señalan de momento una EV antigripal moderada/alta frente a A(H1N1)pdm09, en el rango de las descritas en Canadá recientemente⁽⁵⁾. Frente a A(H3N2) la EV antigripal es subóptima hasta el momento. Sin embargo, las estimaciones preliminares frente a todos los virus A en grupos recomendados de

vacunación señalan un valor moderado por encima del 50%. Estos resultados servirán de apoyo al Comité de selección de la OMS para las recomendaciones de las cepas gripales a incluir en la temporada próxima 2019-2020 en el hemisferio norte⁽⁶⁾.

Dado que esta es una temporada más tardía que las dos previas, el tamaño de muestra es un factor importante a la hora de determinar con precisión el efecto protector de la vacuna antigripal, todavía en la tercera semana desde el comienzo de la epidemia gripal.

5. EVALUACIÓN DE RIESGO PARA ESPAÑA

La epidemia gripal 2018-19 se ha iniciado en la semana 01/2019, tres semanas más tarde que en las dos temporadas previas, pero en el rango de las temporadas post-pandémicas previas. Hasta el momento ha presentado un nivel global bajo de actividad gripal.

La incidencia de gripe se asocia de forma casi exclusiva a la circulación de virus de la gripe A. Aunque la proporción entre A(H1N1)pdm09 y A(H3N2) es similar, la tendencia de las últimas semanas indica un aumento en la proporción del primero. La misma situación se observa en toda la región europea de la OMS. La información procedente de Norteamérica, donde este año la epidemia ha precedido a la nuestra, señala un predominio de la circulación de A(H1N1)pdm09.

Los datos de vigilancia en hospitales, señalan también un porcentaje mayoritario de infecciones graves por tipo A, con una distribución similar entre A(H1N1)pdm09 y A(H3N2). Si bien el grupo de mayores de 65 años es el mayoritario (53%), este porcentaje es inferior al que se puede observar en aquellas temporadas en las que predomina A(H3N2) y se parece más a aquellas temporadas en las que predominó A(H1N1)pdm09. Por lo tanto, si se mantiene la tendencia de las últimas semanas, con aumento de A(H1N1)pdm09, cabría esperar un mayor peso relativo de las hospitalizaciones en el grupo de adultos jóvenes, con un porcentaje de ingreso en UCI similar o mayor que las dos últimas temporadas (asociadas a A(H3N2) y B/A(H3N2), con afectación sobre todo de ancianos). Si persiste el aumento de la circulación de virus tipo A(H1N1)pdm09, aunque los datos de hospitalización hasta ahora indican que el grupo de mayores de 64 años será también el más afectado por las complicaciones graves de gripe, los grupos de menor edad estarán más representados que en las dos últimas temporadas, y conllevaría una menor letalidad global. No obstante, estas observaciones deberán confirmarse con la evolución de la epidemia gripal en las próximas semanas.

Hasta el momento, la epidemia gripal 2018-19 presenta un nivel bajo de transmisibilidad en todos los grupos de edad. El impacto ocasionado en la población española se estima medio, en términos de tasa de hospitalización y bajo en términos de excesos de mortalidad por todas las causas. Ambos indicadores, así como la gravedad clínica de la enfermedad, se seguirán evaluando en las semanas próximas de la epidemia gripal.

Las estimaciones preliminares de EV antigripal de esta temporada en Canadá señalan un valor de EV frente a A(H1N1)pdm09 por encima del 70%, en consonancia con datos preliminares de la red Europea I-MOVE. La EV antigripal frente a A(H3N2) es subóptima hasta el momento. Sin embargo, se han estimado valores moderados de EV antigripal frente a todos los virus A en grupos recomendados de vacunación, lo que refuerza la recomendación oficial de vacunación antigripal en estos grupos de riesgo de complicaciones por gripe (Datos preliminares de la red Europea I-MOVE).

Las características de la epidemia 2018-19 se mueven en un patrón intermedio entre las temporadas de A(H1N1)pdm09 y las de A(H3N2), de forma que según derive la circulación mayoritaria de uno u otro virus, cabe esperar que predominen unas u otras características.

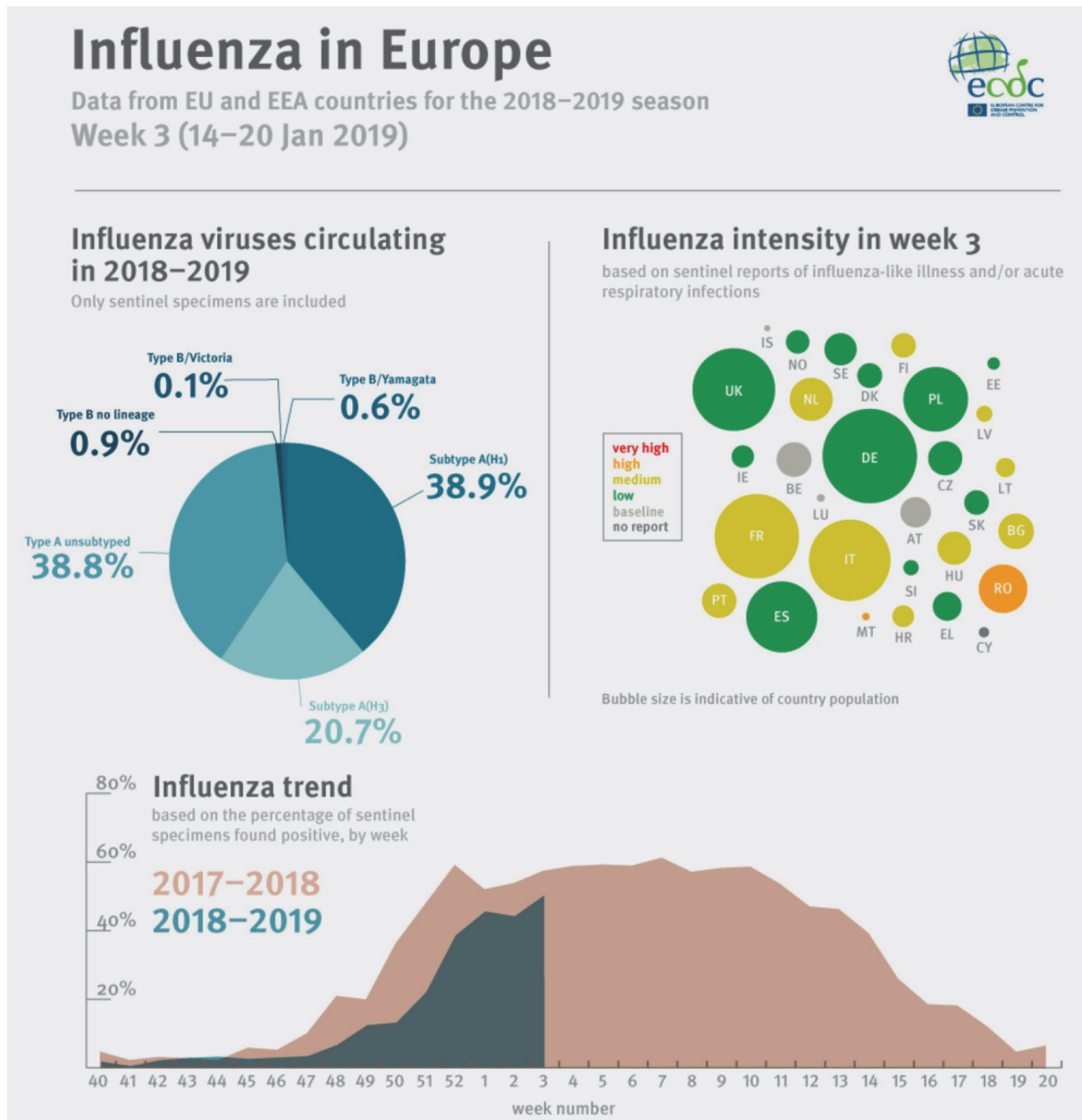
6. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

- La epidemia gripal superó el umbral basal en la semana 01/2019 presentándose más tardíamente que las dos precedentes, aunque en el rango del conjunto de temporadas post-pandémicas.
- El nivel de intensidad alcanzado hasta la semana 03/2019 también está en el rango de las temporadas previas. La actividad gripal se asocia casi exclusivamente a la circulación de virus

de la gripe A, con una proporción similar entre A(H1N1)pdm09 y A(H3N2), aunque la tendencia de las últimas semanas es que aumente la proporción del primero.

- Dada la aparición tardía de los virus gripales en esta temporada, los estudios antigénicos que deben poner de manifiesto las diferencias antigénicas entre los virus circulantes con respecto a los virus incluidos en la vacuna estacional están siendo realizados en estos momentos.
- La epidemia gripal se desarrolla hasta la semana 03/2019 con un nivel de transmisibilidad bajo, un impacto en la población bajo/moderado y una gravedad clínica en el rango de temporadas previas.
- La protección de los grupos de población con alto riesgo de complicaciones por gripe continúa siendo la prioridad fundamental de los programas de vacunación antigripal, en especial de las personas mayores y de aquellas con enfermedades subyacentes o factores de riesgo para la enfermedad gripal grave. La estrategia de vacunación antigripal se basa en la prevención de complicaciones graves y la disminución de defunciones atribuibles a gripe, en estos grupos de riesgo. Una cobertura vacunal baja en grupos de riesgo puede incrementar las complicaciones derivadas de una infección gripal. La vacunación antigripal sigue siendo la medida más adecuada para prevenir complicaciones y mortalidad asociada a gripe, por lo que se recomienda seguir las recomendaciones oficiales de vacunación antigripal.
- La evolución epidemiológica y virológica de la actividad gripal se deberá seguir evaluando en las próximas semanas de vigilancia.

ANEXO 1. ACTIVIDAD GRIPAL EN EUROPA EN LA SEMANA 03/2019



https://ecdc.europa.eu/sites/portal/files/images/flu-infographic_2019_week3.png

ANEXO 2

El SVGE incluye:

Médicos centinela de las redes de vigilancia de gripe de: Andalucía, Asturias, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Navarra, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla. Epidemiólogos de: Servicio de Epidemiología, Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; Servicio de Vigilancia en Salud Pública, Dirección General de Salud Pública, Aragón; Dirección General de Salud Pública y Planificación, Consejería de Salud y Servicios Sanitarios, Asturias; Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Baleares; Servicio de Epidemiología y Prevención, Consejería de Sanidad, Canarias; Sección de Epidemiología, Consejería de Sanidad-Gobierno de Cantabria; Servicio de Epidemiología, Dirección General de Salud Pública, Consejería de Sanidad de Castilla la Mancha; Observatorio de Salud Pública, DGSP, Consejería de Sanidad de Castilla y León; Subdirección General de Vigilancia i Resposta a Emergències en Salut Pública, Agència de Salut Pública, Generalitat Catalunya, CIBERESP; Subdirección General de Epidemiología y Vigilancia de la Salud, Conselleria de Sanitat. Comunitat Valenciana; Subdirección de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública, Servicio Extremeño de Salud; Dirección Xeral de Innovación e Xestión da Saúde Pública de Galicia; Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública de la Comunidad de Madrid; Servicio de Epidemiología. Consejería de Sanidad de la Región de Murcia; Sección de Vigilancia de Enfermedades Transmisibles, Instituto de Salud Pública de Navarra, CIBERESP; Servicio de Vigilancia Epidemiológica y Vacunas, Dirección de Salud Pública y Adicciones, Consejería de Sanidad del País Vasco; Servicio de Epidemiología y Prevención Sanitaria, Dirección General de Salud Pública y Consumo del Gobierno de La Rioja; Sección de Vigilancia Epidemiológica, Consejería de Sanidad y Bienestar Social de Ceuta Servicio de Epidemiología, Dirección General de Sanidad y Consumo, Consejería de Presidencia y Salud Pública de Melilla. Virólogos de: Centro de Gripe de la OMS del Centro Nacional de Microbiología, Instituto de Salud Carlos III; Centro de Gripe de la OMS del Hospital Clínico Universitario de Valladolid, Castilla y León; Centro de Gripe de la OMS del Hospital Clínico de Barcelona, Cataluña; Laboratorio de Hospital Virgen de las Nieves de Granada, Andalucía; Laboratorio del Hospital Miguel Servet de Zaragoza, Aragón; Laboratorio del Hospital Central de Asturias, Oviedo, Asturias; Laboratorio del Hospital Son Espases de Palma de Mallorca, Baleares; Laboratorio del Hospital Dr. Negrín de Las Palmas, Canarias; Laboratorio del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla de Santander, Cantabria; General Lab. SA, Valencia, Comunitat Valenciana; Laboratorio del Hospital San Pedro de Alcántara de Cáceres, Extremadura; Servicio de Microbiología del Hospital Universitario Ramón y Cajal, Madrid; Laboratorio de Microbiología de la Clínica Universitaria de Navarra y Laboratorio de Microbiología del Complejo Hospitalario de Navarra, Pamplona, Navarra; Laboratorio de Microbiología. Hospital Universitario Donostia, País Vasco; Laboratorio de Virología del Hospital San Pedro de Logroño, La Rioja; Laboratorio de Microbiología del Hospital de INGESA, Ceuta; Laboratorios de Microbiología CH de Vigo y de Ourense, Galicia; y Laboratorio del Hospital Virgen de la Arrixaca de Murcia.

REFERENCIAS

1. Flu News Europe. Joint ECDC_WHO/Europe weekly influenza update. <https://flunewseurope.org/>
2. World Health Organization. Influenza Update N° 333. https://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/en/
3. FluView. Weekly influenza surveillance report. CDC. Disponible en: <https://www.cdc.gov/flu/weekly/>
4. European monitoring of excess mortality for public health action. Disponible en: <http://www.euromomo.eu/>
5. Skowronski Danuta M et al. Interim estimates of 2018/19 vaccine effectiveness against influenza A(H1N1) pdm09, Canada, January 2019. Euro Surveill. 2019;24(4):pii=1900055. Disponible en: <https://doi.org/10.2807/1560-7917.ES.2019.24.4.1900055>
6. World Health Organization. Weekly Epidemiological Report. Review of the 2017-2018 influenza season in the northern hemisphere. August 2018. WER 34 (93), 429-444, 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274263/WER9334.pdf?sequence=1&isAllowed=y>