

Evolución de la actividad gripal en la temporada 2015-16 Actualización a semana 05/2016

Contexto

La temporada 2015-16 se está presentando en Europa y América del Norte de forma algo tardía y asociada mayoritariamente a virus de la gripe A(AH1N1)pdm09. En una reciente evaluación de riesgo, el ECDC señalaba que en algunos países de la región el virus A(H1N1)pdm09 era responsable de la hospitalización y admisión en UCI de un considerable número de casos graves, especialmente en adultos jóvenes. Sería necesario observar si este patrón se repite en otros países al avanzar la epidemia gripal.

En este informe se presenta la evolución de la actividad gripal en España a semana 5/2016 interpretando la información obtenida en el SVGE, mediante la comparación de los indicadores de transmisibilidad y gravedad observados en temporadas de gripe previas.

Situación en el Mundo

En los países de la Unión Europea y Área Económica Europea, la temporada de gripe se inició en la semana 52/2015, cuando Holanda notificó una difusión regional y Suecia epidémica¹. Hasta la semana 4/2016, el 77% de las muestras centinela positivas eran virus de la gripe tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09, cuya representación ha seguido incrementándose entre los virus subtipados (83%)². El virus B, hasta el momento minoritario, podría intensificar su circulación en una fase más avanzada de la temporada. La mayoría de los virus A caracterizados hasta ahora son genéticamente semejantes a los virus incluidos en la vacuna recomendada por la OMS para la temporada 2015-16 en el hemisferio norte. En el caso de virus B, el 93% han sido adscritos al linaje B/Victoria, no incluido en la vacuna trivalente usada en Europa (linaje Yamagata).

Desde el inicio de la temporada, 1.219 casos graves hospitalizados confirmados de gripe han sido notificados por siete países. De ellos, el 85% eran tipo A, siendo A(H1N1)pdm09 el 96% de los subtipados. La mayoría de los pacientes admitidos en UCI (61%) estaban en el grupo de 15-64 años, y el 31% eran mayores de 64. Algunos países de la región señalan un alto número de casos graves, con ingreso en UCI, relacionados con el virus A(H1N1)pdm09, en adultos jóvenes. Será necesario observar si este patrón se repite en otros países de la región en las próximas semanas.

En Estados Unidos, la actividad gripal se ha ido incrementando paulatinamente, situándose en la semana 04/2016 discretamente por encima del umbral basal establecido para la temporada (2,1%). En lo que va de temporada, el virus tipo A supone el 64% de las detecciones, siendo el subtipo A(H1N1)pdm09 el más frecuente entre los subtipados (60%). A diferencia de lo que ocurre en Europa, desde el inicio de la temporada hasta la semana actual, predomina el linaje Yamagata (78% entre los caracterizados)³.

¹European Centre for Disease Prevention and Control. Seasonal influenza 2015–16 in the EU/EEA countries. Stockholm: ECDC; 2016.

² Informe conjunto de gripe ECDC - Región Europea de la OMS. Disponible en <http://flunewseurope.org/>

³ FluView (CDC). Disponible en http://www.cdc.gov/flu/weekly/pdf/External_F1604.pdf

En Canadá, y hasta la semana 04/2016 la actividad gripal ha ido incrementándose también lentamente⁴. El porcentaje de detecciones en dicha semana (16%), si bien aumenta respecto a la previa, y se encuentra dentro de los valores esperados para esta época del año, es menor que en las 5 temporadas previas. Hasta la fecha, el 79% de las detecciones corresponde a virus tipo A. De los virus subtipados, el porcentaje de A(H1N1)pdm09 asciende al 71%.

Situación en España

Vigilancia epidemiológica. Sistemas centinela:

La onda epidémica gripal de la temporada 2015-16 comenzó en la semana 03/2016, cuando la tasa de incidencia de gripe sobrepasó el umbral basal establecido para esta temporada, lo que se puede considerar un comienzo tardío de la epidemia. Desde la temporada 1996-97, un 67 % de las ondas epidémicas comenzaron en el primer año de la temporada y del 33% restante que comenzaron en el segundo (seis temporadas) solo dos de ellas iniciaron la epidemia gripal después que la temporada actual. Aunque la circulación de virus gripales está siendo considerable (por encima de 40% de positividad desde la semana 01/2016), la fase de ascenso de la onda epidémica se está desarrollando con una pendiente menor de lo habitual y en la semana 05/2016, en la que se elabora este informe, las tasas de incidencia gripal son considerablemente menores que en la temporada previa, tanto a nivel nacional como en la mayoría del territorio vigilado. Sólo en Navarra son mayores y se señalan similares en las redes del País Vasco, Canarias y Cantabria⁵.

A nivel global el nivel de intensidad de la actividad gripal es bajo y la difusión geográfica epidémica, mientras se señala una evolución creciente de actividad que continúa asociada a virus A(H1N1)pdm09. En el momento actual, se observan ciertos signos de estabilización en las tasas de incidencia, tanto a nivel nacional como en ocho de las diecisiete redes centinela. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia de gripe se observan en los menores de 15 años, con mayor intensidad en los menores de cinco años.

Vigilancia virológica:

Desde el inicio de la temporada 2015-16 la actividad gripal se asocia a una circulación predominante de virus AH1N1pdm09 con una discreta contribución de virus de la gripe B, que ha aumentado en las últimas semanas, especialmente en Andalucía, Baleares, Cataluña y Comunidad Valenciana.

La tasa de detección viral ha mantenido una evolución creciente de forma ininterrumpida desde la semana 49/2015 (5%), si bien experimentó un incremento considerable en la semana 01/2016 (40% vs 16% en la semana previa), coincidiendo con el pico de positividad de VRS.

Hasta la semana 05/2016 se han analizado 2.072 muestras centinela, 712 (34%) fueron positivas a virus gripales: 85% fueron virus A, 14% B y 1% virus C. Entre los 582 virus A subtipados el 97% son A(H1N1)pdm09. Un patrón de circulación similar se observa en las muestras de procedencia no centinela⁵.

⁴ FluWatch. Disponible en <http://healthycanadians.gc.ca/publications/diseases-conditions-maladies-affectations/fluwatch-2015-2016-04-surveillance-influenza/alt/fluwatch-2015-2016-04-surveillance-influenza-eng.pdf>

⁵ Instituto de Salud Carlos III. Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Semana 05/2016. Nº 458. 11 de febrero de 2016. <http://vgripe.isciii.es/gripe/inicio.do>

Basándose en el estudio de la hemaglutinina, el Centro Nacional de Microbiología informa que ha caracterizado genéticamente 69 virus de la gripe A(H1N1), todos ellos semejantes a A/SouthAfrica/3626/2013, dentro del subgrupo 6B, 7 virus A(H3N2) semejantes a A/HongKong/4801/2014; y, en ambos casos, sin diferencias antigénicas con los virus vacunales. Además se han caracterizado 17 virus de la gripe B, uno de ellos semejante a B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata) y los 16 restantes semejantes a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria), que no corresponden a los incluidos en la vacuna de esta temporada. El análisis de inhibición de la hemaglutinación de 18 virus de la gripe A(H1N1) aislados en cultivo celular ha demostrado en todos ellos semejanza antigénica con el virus vacunal A/California/07/2009⁵.

El análisis de la susceptibilidad a antivirales inhibidores de la neuraminidasa de 19 de los virus AH1N1, uno de los virus AH3N2, y 14 de los virus B caracterizados no ha evidenciado la identificación de mutaciones de resistencia a oseltamivir o zanamivir⁵.

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe:

Desde el inicio de la temporada, y hasta la semana de este informe, se han notificado 534 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) En el 95% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A (99% de A(H1N1)pdm09 entre los subtipados). El mayor número de casos (39%) se registra en el grupo de 45-64 años, seguido del de mayores de 64 años (31%), como corresponde al patrón típico de las epidemias de AH1N1.

El 77% de los pacientes con información disponible presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe, siendo el más prevalente la enfermedad cardiovascular crónica (22%), seguido de la enfermedad pulmonar crónica (20%) y diabetes (17%). Estas cifras son similares a las de otras temporadas, principalmente cuando ha circulado A(H1N1)pdm09, como corresponde a la afectación de grupos más jóvenes, pero inferiores a la temporada 2014-15 (88% de pacientes con FR), cuando la circulación de A(H3N2) predominó, afectando mayoritariamente a personas mayores de 64 años con más patología de base.

Respecto a las complicaciones, el 82% de los pacientes desarrolló neumonía, porcentaje ligeramente mayor que en temporadas previas, cosa que no ocurre con otras complicaciones como síndrome de distrés respiratorio agudo o fallo multiorgánico. No obstante, hay que tener en cuenta que se compara con datos consolidados de temporadas previas y esa mayor prevalencia de neumonías habrá de ser seguida en el tiempo.

En la tabla 1 se muestra la comparación de los indicadores de gravedad de la temporada actual y la semana equivalente de temporadas previas (tercera semana por encima del umbral epidémico).

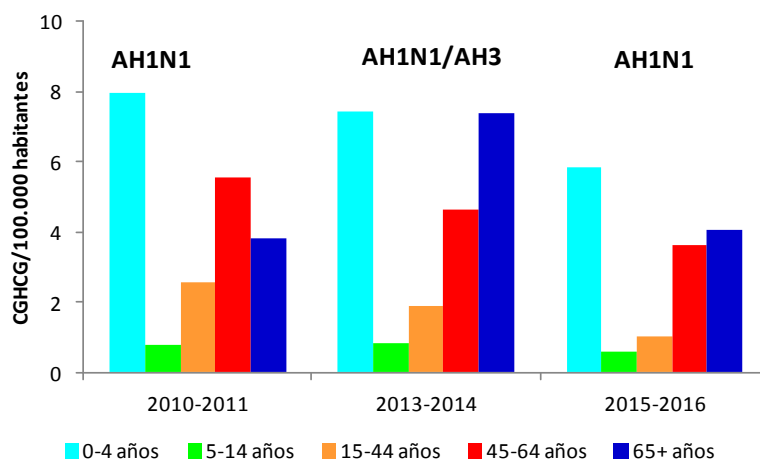
Hasta el momento de la temporada 2015-16, la tasa de hospitalización está en el rango de la observada en la temporada 2010-11, con predominio de A(H1N1)pdm09 y algo inferior a la de la temporada 2013-14 (A(H1N1)pdm09/A(H3N2)) en la que se notificó un elevado número de CGHCG por una alerta difundida a final de diciembre. Así mismo la tasa de admisión en UCI (46%) está en el rango de lo observado en temporadas de circulación de A(H1N1)pdm09. La letalidad es de momento inferior, probablemente debido a que la comparación se realiza entre periodos equivalentes de epidemia, pero con datos ya consolidados de temporadas anteriores.

Tabla 1. Indicadores de gravedad de la temporada actual y previas en la tercera semana de onda epidémica.

Temporada	Nº CGHCG	Tasa de hospitalización (nº CGHCG/ 100.000 hab.)	Admisión en UCI		Letalidad	
			n	% (IC 95%)	n	% (IC 95%)
2010-2011 (semana 01/2011)	721	2,67	301	48,63 (44,68 - 52,58)	96	13,75 (11,19-16,31)
2011-2012 (semana 04/2012)	144	0,32	39	27,27 (19,88 - 34,66)	14	10,22 (5,08 - 15,36)
2012-2013 (semana 5/2013)	106	0,53	34	37,36 (27,23 - 47,49)	12	11,43 (5,24 - 17,62)
2013-2014 (semana 03/2014)	796	3,79	337	43,09 (39,62 - 46,57)	116	14,85 (12,35 - 17,35)
2014-2015 semana 04/2015)	536	2,77	193	38,76 (34,46 - 43,05)	102	19,17 (15,82-22,53)
2015-2016 (semana 05/2016)	534	2,49	233	45,60 (41,26 - 49,92)	30	6,05 (3,94 - 8,15)

Por grupo de edad se observan tasas de hospitalización típicas de epidemias A(H1N1)pdm09 (Figura 1) con máximas tasas en menores de 5 años, seguidas del grupo de 45-64 años o el de mayores de 64 años, según si el predominio fue de A(H1N1)pdm09 (2010-11) o co-circuló con A(H3N2)(2013-14) (Figura 1).

Figura 1. Tasas de hospitalización por grupos de edad en temporadas con circulación A(H1N1)pdm09.



Entre los casos con infección confirmada de A(H1N1)pdm09, el mayor porcentaje de admisión en UCI se da en el grupo de 15-64 años (50%) de forma similar a lo observado en las anteriores temporadas con circulación de A(H1N1)pdm09 en la semana equivalente de la epidemia gripal.

Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 30 defunciones por virus de la gripe confirmadas por laboratorio, 97% por virus A [13 A(H1N1)pdm09, uno A(H3N2) y 15 A no subtipado] y 3% (1 caso) por virus B. El número de defunciones aumenta con la edad del paciente: el 90% eran mayores de 44 años (el 60% mayores de 64 años). De los 30 casos, 18 ingresaron en UCI. Entre los 19 casos susceptibles de vacunación antigripal, con información disponible, el 63% no había sido vacunados.

Brotos

Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado dos brotes de gripe confirmada por laboratorio. Uno de ellos ha ocurrido en una institución de cuidados de larga estancia, en la que se ha confirmado como agente causal el virus de la gripe A(H1N1)pdm09. El otro, en una institución sanitaria, causado por virus A no subtipado.

Impacto

Hasta la semana 05/2016, el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) no ha identificado excesos de mortalidad por todas las causas por encima de lo esperado. La evolución de la mortalidad se sigue también en el marco de la red EuroMOMO⁶ que utiliza otro algoritmo para determinar el exceso de mortalidad global por encima de lo esperado y tampoco ha señalado un exceso en la mortalidad posiblemente asociada a un incremento de la actividad gripal.

Efectividad de la vacuna antigripal

La red europea I-MOVE ha presentado las estimaciones preliminares de EV antigripal 2015-16 en Europa con datos procedentes de 10 países, entre ellos España con el estudio cycEVA (Casos y controles para la evaluación de la efectividad de la vacuna antigripal)⁷. Se han obtenido valores de EV antigripal frente a A(H1N1)pdm09 de alrededor del 45%, algo menores que las obtenidas en temporadas previas (55.5% en 2010–11, 50.4% en 2012–13; 47.5% en 2013–14, 54.2% en 2014–15). El tamaño de muestra es pequeño hasta este momento de la temporada 2015-16 por lo que las estimaciones son poco precisas. En Europa todos los virus A(H1N1)pdm09 caracterizados corresponden a la cepa A/SouthAfrica/3626/2013, subgrupo 6B, y no se han evidenciado diferencias antigénicas con la cepa vacunal hasta el momento⁸.

⁶ European monitoring of excess mortality for public health action. En: <http://www.euromomo.eu/>

⁷ Early influenza vaccine effectiveness results 2015-16: I-MOVE multicentre case-control study. Disponible en: <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=21378>

⁸ Influenza virus characterisation, Summary Europe, December 2015. Disponible en: <http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/Influenza-Virus-Characterisation-December-2015.pdf>

Conclusiones y recomendaciones

- Hasta la semana 05/2016 se está desarrollando en España una epidemia gripal tardía en relación a la media de temporadas previas, que tendrá un máximo de actividad gripal en febrero y cuya intensidad podría ser más baja que en temporadas previas, posteriores a la pandemia de 2009.
- La intensidad de circulación de virus gripales es considerable, con más de 40% de positividad desde la semana 01/2016. La actividad gripal se asocia a una circulación predominante de virus AH1N1pdm09 con una discreta contribución de virus de la gripe B, que ha aumentado en las últimas semanas en algunas zonas del este y sur de España.
- Los indicadores de gravedad sitúan a la temporada 2015-16 en el rango de temporadas previas en la misma semana de epidemia, con mayores tasas de hospitalización, en general, que en temporadas con circulación de gripe B. Por otra parte se observa, al igual que en el resto de temporadas A(H1N1)pdm09, un mayor porcentaje de admisión en UCI en comparación con temporadas de circulación de A(H3N2) y B.
- Las tasas de hospitalización están en el rango de las observadas en temporadas previas con circulación de A(H1N1)pdm09 y con una distribución similar por grupos de edad: mayores en menores de cinco años y en los grupos de 45-64 y mayores de 65 años. La principal diferencia con la temporada 2014-15, en la que predominó el virus A(H3N2), es que en esa temporada las tasas de hospitalización en mayores de 64 años fueron relativamente mayores que en el grupo de 45-64 años y más acusadas que en la actual temporada.
- Estimaciones preliminares de la efectividad de la vacuna antigripal 2015-16 señalan una efectividad moderada frente a virus A(H1N1)pdm09, discretamente menor que la obtenida en temporadas previas frente a este virus. Los valores de efectividad vacunal al final de temporada confirmarán la protección de la vacuna frente a los virus que sigan circulando en Europa y en España.
- 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. 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.
- Los virus circulantes son susceptibles a los antivirales oseltamivir y zanamivir. Se recomienda la administración temprana del tratamiento de antivirales en pacientes que hayan sido hospitalizados por sospecha de gripe o gripe confirmada y/o presenten una enfermedad grave o que progresa de forma complicada.
- Hasta el momento no se han observado excesos de mortalidad por todas las causas que coincidan en el tiempo con un incremento en la actividad gripal, por lo que no se ha identificado un posible impacto de la gripe en la mortalidad de la población.