

## Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Región de Murcia. Recomendaciones para la vacunación antigripal: temporada 2018/2019

### Vigilancia epidemiológica de la gripe: temporada 2017/2018

*La temporada de la gripe 2017/2018 en Europa* se caracterizó por una amplia circulación del virus de la gripe con un porcentaje de muestras positivas entre las muestras centinela recogidas por encima del 40% y una duración superior a la de temporadas previas (desde la semana 52/2017 hasta la semana 12/2018). El virus predominante (63%) fue el virus B (97% linaje B/Yamagata) y el 37% fue tipo A [65% A (H1N1) pdm09]<sup>1</sup>.

Entre los casos graves hospitalizados confirmados de gripe notificados en Europa que no tuvieron un ingreso en UCI se aisló el virus B mayoritariamente (62%) y principalmente fueron mayores de 64 años (58%); entre aquellos que requirieron un ingreso en UCI el 53% presentaba infección por el virus A (58% A (H1N1) pdm09 y 42% A(H3N2).

Hubo un exceso de mortalidad por todas las causas, principalmente en los mayores de 64 años, entre diciembre de 2017 y febrero de 2018.

*En España*, la onda epidémica se inició en la temporada 2017-18, al igual que en la anterior 2016-17, con mayor anticipación (semana 50/2017) que en todas las epidemias de gripe previas posteriores a la pandemia de 2009, alcanzándose la máxima actividad gripal en la semana 3/2018 con 277,4 casos por 10<sup>5</sup> habitantes y volviendo a tasas por debajo del umbral a partir de la semana 11/2018<sup>2</sup>. El periodo epidémico tuvo una duración de 13 semanas, mayor que en las diez temporadas previas. El nivel de intensidad de la actividad gripal fue

### SUMARIO

#### ARTÍCULO

Vigilancia epidemiológica de la gripe en la Región de Murcia. Recomendaciones para la vacunación antigripal: temporada 2018/2019.

#### NOTICIAS BREVES

- Efectividad de la vacunación de la gripe en embarazadas, Estudio Multicéntrico Retrospectivo.

#### Semanas epidemiológicas EDO:

Semanas 29 a 32 de 2018.



medio/alto y tuvo una difusión epidémica con predominio de circulación del virus B en la fase inicial y contribución mantenida y creciente del virus A, principalmente del subtipo A (H3N2)<sup>2</sup>.

#### *Vigilancia virológica en España*

Se notificaron un total de 13.596 detecciones virales de las que el 26% procedían de fuentes centinela. De estas últimas, el 59% fueron virus de la gripe tipo B, el 41% virus A [siendo, entre los subtipados (94%), un 59% A (H3N2) y un 41% A (H1N1) pdm09] y 0,1% virus C<sup>2</sup>.

De los 395 virus A (H3N2) caracterizados, 260 eran del grupo 3C.2a1 (A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016), componente vacunal elegido para la próxima temporada 2018/2019 y un tercio del grupo 3C.2a (A/Hong Kong/4801/2014) componente de la vacuna de la temporada analizada. Los virus A (H1N1) caracterizados eran concordantes con la cepa vacunal.

Respecto a los virus B caracterizados (778), la mayor parte (91,25%) eran virus B del linaje Yamagata, no incluido en la vacuna de dicha temporada. En relación al otro grupo de virus B de linaje Victoria, la mayoría (84%) se caracterizaron como un nuevo grupo antigénicamente diferente al virus de linaje Victoria incluido en la vacuna y por tanto, discordantes también con la cepa vacunal B de la temporada 2017/2018.

En España, los grupos de edad más afectados fueron los menores de 15 años, con tasas máximas de incidencia de 681,6 y 556,5 casos por 100.000 habitantes para los grupos de 0-4 y 5-14 años respectivamente, pero cabe resaltar que la incidencia acumulada de gripe en los mayores de 64 años fue la más alta desde la pandemia de 2009.

#### *Casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)*

La vigilancia de los casos graves hospitalizados y confirmados de gripe (CGHCG) abarca la vigilancia de los casos que cumplen con los criterios de gravedad establecidos<sup>3</sup>, que se han registrado entre la semana 40/2017 y la semana 20/2018 en los hospitales seleccionados en cada

CCAA para participar en este tipo de vigilancia. Durante la temporada 2017-2018 participaron en la vigilancia de CGHCG 95 hospitales de España con una población vigilada global de 23.460.172 habitantes (50,7% de la población española), incluyendo 260.269 habitantes residentes en el Área I de Salud de la Región de Murcia (17,7% de la población de la región)<sup>2</sup>.

Esta temporada se notificaron en España 5.977 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG), identificándose virus B en un 54% de los pacientes y virus A en el 46% (con un 62% de virus A (H3N2) entre los A subtipados). El 54% eran hombres y la mediana de edad fue de 73 años, correspondiendo el 66% de los casos a mayores de 64 años. La tasa acumulada de hospitalización ajustada por edad fue de 23,4 CGHCG por 100.000 habitantes (IC 95%: 22,80-23,99), la tasa de hospitalización más alta registrada en el periodo analizado (2013/14 a 2017/18). El 88% de los pacientes presentaba factores de riesgo de complicaciones de gripe. La gravedad clínica medida según porcentaje de ingresos en UCI (21,8%) y la letalidad (17,3%) se situó en el rango de lo que se ha observado en temporadas con predominio de A (H3N2). Los fallecimientos entre los CGHCG, se concentraron en los mayores de 64 años, con una mediana de edad de 82 años. El 98% de estos casos presentaban algún factor de riesgo de complicaciones de gripe y el 49% de los casos eran pacientes en los que estaba recomendada la vacunación que no estaban vacunados.

#### *Casos hospitalizados confirmados de gripe (Chosp)*

Como novedad, esta temporada se inició en España la vigilancia de casos hospitalizados confirmados de gripe independientemente de su gravedad (Chosp). Se notificaron en total 16.810 casos con una distribución por edad y tipo/subtipo de virus similar a los CGHCG, por lo que se estimó que en España se produjeron más de 50.000 Chosp en esta temporada<sup>2</sup>.

#### *Mortalidad asociada a gripe*

A partir del sistema MoMo (Monitorización de la mortalidad diaria) se estimó un exceso de mortalidad por todas las causas, que se concentró

en los mayores de 64 años coincidiendo con el desarrollo de la onda epidémica gripal.

**En la Región de Murcia**, la actividad global de la gripe se caracterizó también por un nivel de intensidad medio/alto. La onda epidémica se inició con anterioridad a temporadas previas (semana 51/2017, del 18/12 al 24/12 de 2017), al igual que en España, superándose el umbral basal establecido dos semanas antes que en la temporada 2016/17 y cuatro semanas antes que la temporada 2015/2016. El pico máximo se alcanzó en la semana 2/2018 (del 8/01 al 14/01 de 2018) con un total de casos notificados de 7.645 (incidencia de 520 casos por 100.000 habitantes). La actividad gripal en la Región de Murcia se muestra en la gráfica 1.

El grupo de edad más afectado también fueron los menores de 15 años, con tasas máximas de incidencia de 904,9 y 898,8 casos por 100.000 habitantes para los grupos de 0-4 y 5-14 años respectivamente.

#### Vigilancia virológica en Murcia

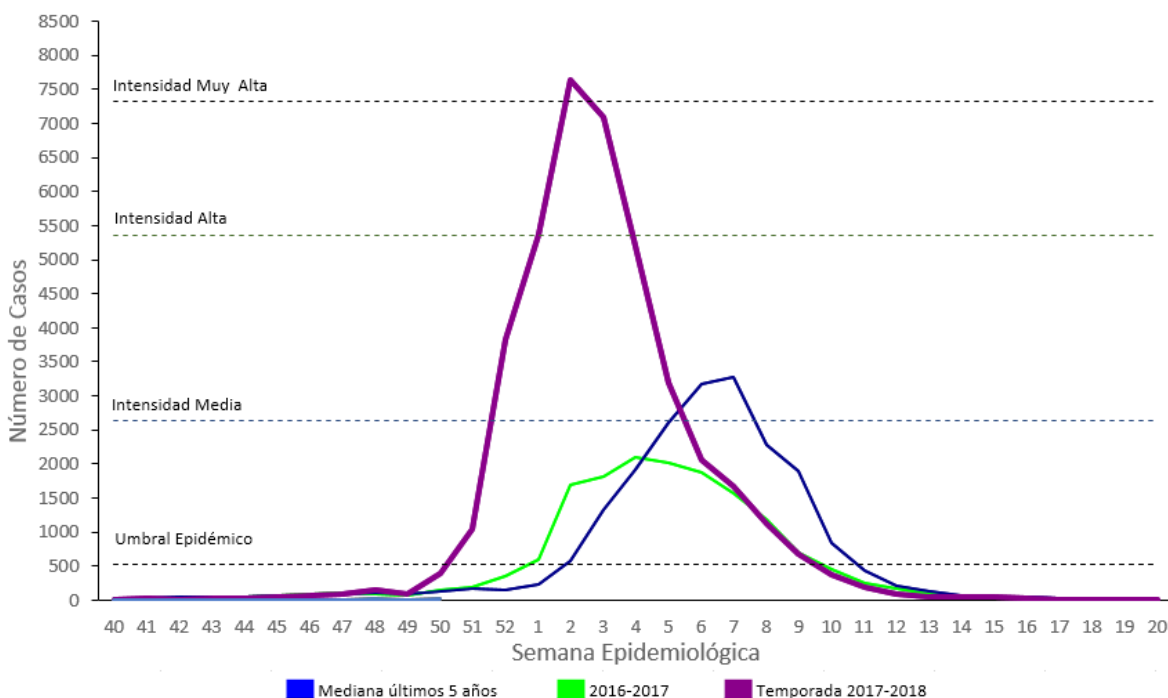
Desde el inicio de la temporada hasta fin de temporada (semana 20/2018), se registraron 1.085 aislamientos del virus de la gripe en 3.970

muestras no centinela procesadas. De éstas, 648 (59,72%) fueron tipificadas como virus A [siendo 551 (85,03%) A (H3), 95 (14,66%) A (H3N2) y 2 (0,30%) A (H1N1) entre los subtipados (100%)] y 437 (40,28%) tipo B.

#### Casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)

En la Región de Murcia se registraron 97 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) ingresados en el hospital designado para esta vigilancia (HCUVA) y residentes en el área I de Salud, con una tasa de incidencia de 37,3 casos por 100.000 habitantes, superior a la media de España. Se identificó virus A en el 60,82% de los pacientes y virus B en el 39,18%. Entre los virus A subtipados entre los casos graves (8), el 62,5% eran A (H3N2), 25% A (H1N1) pdm09 y el 12,5% A (H3). Cerca del 70% de los CGHCG eran mayores de 64 años; el 54,6% eran hombres; la mediana de edad fue de 72 años. El 78,3% de los CGHCG presentaba algún factor de riesgo de complicaciones de gripe y el 60,5% de los casos en los que estaba indicada la vacuna no habían recibido la vacuna de la temporada. De los CGHCG, 17 ingresaron en UCI (17,5%) y 10 fallecieron (10,31%).

Gráfica 1. Distribución semanal de casos de gripe en la temporada 2017/2018. Región de Murcia.



Entre los CGHCG fallecidos, el 60% eran mujeres, la mediana de edad fue de 77,5 años y 6 habían ingresado en UCI (letalidad en UCI del 36,3%). En un 60% se aisló virus tipo A (sólo dos subtipados que fueron A (H3N2) y el 40% tipo B. Todos menos uno presentaban más de un factor de riesgo de complicación de gripe. El 40% de estos casos no habían recibido la vacuna para esta temporada.

#### *Casos hospitalizados confirmados de gripe (Chosp)*

Al igual que en España, en la Región de Murcia se han notificado además por primera vez, desde el mismo hospital designado para la vigilancia centinela de la gripe de los casos graves, los casos hospitalizados de gripe con independencia del estado de gravedad, según grupo de edad y tipo/subtipo de virus. Se notificaron 633 casos hospitalizados confirmados de gripe en el HCUVA residentes en el Area I, 399 tipo A (de los cuales 38 casos han sido A (H3) y 4 A(H1N1) pdm09, el resto no subtipados (361), 233 virus tipo B y un caso presentaba coinfección por influenza A y B.

### **Vacuna antigripal: temporada 2018-2019**

La vacunación anual de las personas con más riesgo de complicaciones es la medida más efectiva para reducir el impacto de la gripe en la colectividad. La variedad de vacunas antigripales existentes es importante, diferenciándose entre vacunas tri y cuadrivalentes en función de las cepas incluidas en la misma (tres y cuatro respectivamente); igualmente se pueden diferenciar entre vacunas inactivadas y atenuadas.

La vacuna antigripal de mayor uso es la vacuna inactivada trivalente que se prepara a partir de virus inactivados (no infecciosos), por lo que no puede causar la enfermedad. Como principal novedad para la temporada 2018-19, el Programa de Vacunaciones de la Región de Murcia va a utilizar principalmente la vacuna adyuvada (población de 65 años y más), dejando la vacuna trivalente no adyuvada para la población menor de 65 años perteneciente a grupos de riesgo.

La vacuna adyuvada cuenta con una sustancia MF59C.1 que potencia la respuesta inmune, especialmente respecto a los antígenos de los virus gripales B y A/H3N2; además, se ha observado un aumento significativo de anticuerpos frente a cepas heterovariantes (antigénicamente diferentes a las incluidas en la vacuna). Así mismo ha demostrado mayor efectividad frente a riesgo de hospitalización por gripe o neumonía que la vacuna convencional<sup>4</sup>. Otra novedad importante es que se cambian las dosis a administrar en los niños de 6 meses a 3 años de vida, pasando a ser de 1 ó 2 dosis enteras, en lugar de 1 ó 2 medias dosis como se recomendaba hasta ahora (consultar Tabla 1).

### **Indicaciones para la vacunación<sup>5</sup>**

Las personas a las que se recomienda la vacunación son:

#### **1. Personas con alto riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe:**

- Personas de 60 o más años de edad (especial énfasis en aquellas que viven en instituciones cerradas).
- Personas que conviven en residencias, instituciones o en centros que prestan asistencia a enfermos crónicos de cualquier edad.
- Adultos y niños mayores de 6 meses con patología crónica de los sistemas cardiovascular (excluyendo hipertensión arterial aislada) o respiratorio (incluyendo displasia broncopulmonar, fibrosis quística y asma) y pacientes portadores de implantes cocleares o en espera del mismo. Adultos y niños mayores de 6 meses con enfermedades metabólicas crónicas (incluyendo diabetes mellitus), obesidad mórbida con IMC  $\geq 40$  en adultos,  $\geq 35$  en adolescentes ó  $\geq 3$  DS en la infancia, insuficiencia renal, enfermedad hepática crónica, asplénicos (funcionales o anatómicos), hemoglobinopatías y anemias, cáncer, enfermedades neuromusculares graves o inmunosupresión (incluyendo las causadas por medicamentos o por el VIH), enfermedades que conllevan disfunción cognitiva (síndrome de Down, parálisis cerebral, discapacitados

intelectuales, epilepsia, demencias y otras). En este grupo se hará especial énfasis en los que precisan tratamiento médico periódico o hayan sido hospitalizados el año anterior por su patología de base.

- Niños y adolescentes (de 6 meses de edad a 18 años) que están recibiendo tratamiento prolongado con aspirina por la posibilidad de desarrollar un Síndrome de Reye tras la gripe.
- Mujeres embarazadas en cualquier trimestre de gestación y en el postparto inmediato (4 semanas).

**2. Personas que pueden transmitir la gripe a otras con alto riesgo de complicaciones:**

- Todos los trabajadores de cualquier centro sanitario. Se hará especial énfasis en aquellos profesionales que atienden a pacientes de algunos de los grupos de alto riesgo anteriormente descritos.
- Estudiantes en prácticas en centros sanitarios.
- Personal empleado en residencias y centros de cuidados de crónicos que tienen contacto directo con pacientes o residentes.
- Convivientes (incluyendo niños mayores de seis meses) y personas que facilitan cuidados en casa o en residencias a las personas de alto riesgo.
- Convivientes y cuidadores de niños menores de 6 meses que presentan patología que suponga alto riesgo de complicaciones relacionadas con la gripe.

**3. También se recomienda la vacuna en:**

- Personas con alto riesgo de complicaciones (por su edad o condición clínica) que viajen al extranjero (al trópico en cualquier época del año, al hemisferio sur desde abril hasta septiembre) y no hayan sido vacunadas en la temporada gripal.
- Personas que trabajan en servicios públicos esenciales y en las que por razones de su tarea interesa minimizar el impacto de una epidemia.
  - Fuerzas y cuerpos de seguridad del Estado
  - Bomberos
  - Servicios de protección civil
  - Personas que trabajan en los servicios de emergencias sanitarias

- Trabajadores de instituciones penitenciarias y de otros centros de internamiento por resolución judicial.
- Trabajadores expuestos directamente a aves o a cerdos en granjas o explotaciones avícolas o porcinas y también a aves silvestres. La finalidad es reducir la oportunidad de una infección concomitante de virus humano y aviar.

Además, la vacuna puede ser administrada, con menor prioridad, a cualquier persona  $\geq 6$  meses que desee reducir su riesgo de adquirir la enfermedad. La vacunación debe ser anual ya que la inmunidad para un individuo decae en el año que sigue a la vacunación y porque la composición de la vacuna se adapta a los cambios antigénicos de los virus circulantes previstos en la temporada. La dosificación de la vacuna y la vía de administración se expresan en la Tabla 1<sup>6</sup>. No debe administrarse en niños menores de 6 meses. La vía de administración recomendada es la intramuscular (deltoides en el adulto y niños mayores y cara anterolateral del muslo en los niños pequeños).

**Tabla 1. Vacunación antigripal: dosificación y vía de administración.**

GRUPO EDAD	DOSIS	Nº DOSIS	VÍA
6 meses-8 años	0.50 ml	1 ó 2*	Intramuscular
$\geq 9$ años	0.50 ml	1	Intramuscular
$\geq 65$ años	0.50 ml	1	Intramuscular vacuna adyuvada

(\*) Los de 6 meses a 8 años precisan una única dosis de vacuna si han recibido previamente al menos dos dosis de vacuna tri o cuadrivalente en temporadas anteriores.

**Composición de la vacuna recomendada para la temporada 2018-2019<sup>7</sup>**

- Cepa análoga a A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09
- Cepa análoga a A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2)
- Cepa análoga a B/Colorado/06/2017 (linaje B/Victoria/2/87)

Durante la Temporada 2018/19 la campaña de vacunación comenzará el 29 de octubre de



2018, prolongándose a lo largo de noviembre y diciembre, pudiendo persistir mientras dure la mayor actividad gripal (normalmente hasta febrero-marzo). Los **efectos secundarios más frecuentes** son la aparición de dolor local en el lugar de la inyección en algunos vacunados, con una duración inferior a dos días. En ocasiones se puede presentar fiebre, malestar, mialgias, que aparecen a las 6-12 horas y duran 1 o 2 días, siendo más frecuente en aquellas personas que se vacunan por primera vez y pueden resolverse de forma sencilla con tratamiento sintomático (analgésico, antipirético). Al igual que con otras vacunas, su administración se debe retrasar en caso de existir un proceso febril agudo. La principal **contraindicación** es la presencia de una reacción alérgica grave a una dosis previa de vacuna de gripe, así como la hipersensibilidad a los principios activos, componentes del adyuvante, excipientes, etc., excepto para el caso del huevo (ovoalbumina como explicamos a continuación)<sup>4</sup>.

La vacuna de la gripe ha estado tradicionalmente contraindicada en personas alérgicas al huevo; sin embargo, existe evidencia suficiente para recomendar que las personas con historia de alergia después de la exposición al huevo pueden recibir vacunas frente a la gripe sin precauciones especiales, tanto las vacunas inactivadas como atenuadas. Las precauciones deben ser similares a las tomadas ante la administración de cualquier otra vacuna. En caso de haber presentado reacciones alérgicas graves o anafilaxia al huevo se realizará la vacunación por personal con experiencia y supervisión durante 30 minutos tras la administración<sup>5</sup>.

Parece prudente evitar la vacunación en una persona que no tiene riesgo alto de complicaciones relacionadas con la gripe y que haya desarrollado el síndrome de Guillain-Barré (SGB) en las seis semanas posteriores a una vacunación previa. Sin embargo, para la mayoría de las personas con antecedentes de SGB que tienen alto riesgo de complicaciones gripales graves, muchos expertos creen que los beneficios de la vacunación gripal justifican su uso ya que el padecimiento de gripe implica un mayor riesgo de presentar recaídas respecto al SGB que la vacunación<sup>8,9</sup>. Se ha comprobado la no aparición de recurrencias tras la vacunación antigripal en pacientes previamente diagnosticados con SGB<sup>10</sup>.

## Evaluación del subprograma de vacunación antigripal 2017/18

El total de vacuna antigripal distribuida en la Región durante la temporada 2017/18 fue de 225.000 dosis adquiridas por la Dirección General de Salud Pública, las mismas que en la temporada anterior.

Se han declarado como administradas 168.955 dosis, 8.660 menos que en la temporada anterior. El 99,23% de ellas se han administrado a población de riesgo, según consta en el Registro Nominal de Vacunaciones.

La cobertura alcanzada en la población de 65 o más años, atendida en Equipos de Atención Primaria y Consultorios que participan en este Subprograma fue del 49%, con un incremento de 4,1% respecto a la temporada anterior.

El indicador de cobertura para población entre 60 y 64 años ha sido de 27,8%. La cobertura vacunal en profesionales de centros hospitalarios de la región fue del 24,6%. Esta cifra supone un incremento del 3,5% respecto a la temporada anterior siendo inferior a las observadas con anterioridad a la temporada 2009-10. Entre la temporada 2005-06 y la 2008-09 se consiguieron cifras de cobertura vacunal que oscilaron entre el 27 y el 35%.

## Bibliografía

1. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC)-WHO Regional Office for Europe/ Europe weekly influenza update. Flu News Europe. Week 20/2018. Disponible en: <http://www.flunewseurope.org/Archives>.
2. Instituto de Salud Carlos III. Informe de Vigilancia de la Gripe en España. Temporada 2017-2018. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Disponible en: <http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/gripe.shtml>
3. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Guía de procedimientos para la vigilancia de la gripe en España. Septiembre 2017. Disponible en:

[http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Guia\\_procedimientos\\_vigilancia\\_gripe\\_16102017.pdf](http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/Guia_procedimientos_vigilancia_gripe_16102017.pdf)

4. Ficha técnica de Chiomas. Disponible en: [https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63566/FT\\_63566.html.pdf](https://cima.aemps.es/cima/pdfs/es/ft/63566/FT_63566.html.pdf) [consultado el 10 de octubre de 2018].

5. Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Grupo de trabajo de la Ponencia de Programas y Registro de Vacunaciones. Recomendaciones de vacunación antigripal. Temporada 2018-19. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2018. Disponible en: [https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones\\_vacunacion\\_gripe.pdf](https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/vacunaciones/docs/Recomendaciones_vacunacion_gripe.pdf)

6. Grohskopf, Sokolow L, Broder K, Walter E, Fry A, Jernigan D. Prevention and Control of Seasonal Influenza with Vaccines: Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices - United States, 2018-19 Influenza Season. *MMWR Recommendations and reports: Morbidity and mortality weekly report Recommendations and reports* 2018; 67(3): 1-20.

7. WHO. Recommended composition of influenza virus vaccines for use in the 2018-2019 northern hemisphere influenza season. *Weekly epidemiological record* 2018; 93 (12): 133-52. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260550/WER9312.pdf?ua=1>

8. Tam CC, O'Brien SJ, Petersen I, Islam A, Hayward A, Rodrigues LC. Guillain-Barré syndrome and preceding infection with campylobacter, influenza and Epstein-Barr virus in the general practice research database. *PLoS One* 2007;2:e344.

9. Price LC. Should I have an H1N1 flu vaccination after Guillain-Barré syndrome? *BMJ*. 2009;339:b3577.

10. Baxter R, Lewis N, Bakshi N, Vellozzi C, Klein NP; CISA Network. Recurrent Guillain-Barre Syndrome Following Vaccination. *Infectious Disease Journal*. 2012 Mar;54(6):800-4.



Situación regional. Semanas 29 a 32 (16/07/2018 a 12/08/2018). Datos provisionales.

ENFERMEDAD	CASOS NOTIFICADOS												CASOS NOTIFICADOS		
	SEMANA 29			SEMANA 30			SEMANA 31			SEMANA 32			SEMANA 29 a 32		
	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA	2018	2017	MEDIANA
Toxinfecciones alimentarias	14	1	2	3	1	1	2	3	1	1	10	6	20	15	15
Gripe	5	5	5	4	1	6	6	2	5	4	1	5	19	9	24
Legionelosis	0	0	0	2	1	0	0	0	0	2	3	1	4	4	3
Otras meningitis	2	0	1	3	1	1	0	1	1	0	0	0	5	2	2
Parotiditis	2	1	1	2	3	0	1	6	1	7	3	1	12	13	5
Varicela	60	42	157	42	22	99	29	16	61	22	13	48	153	93	373
Tos ferina	0	2	1	0	2	1	0	3	1	1	1	0	1	8	5
Infección gonocócica	2	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	3	3	4
Sífilis	0	3	0	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	5	5
Hepatitis A	2	4	0	0	5	1	0	4	1	2	5	1	4	18	2
Paludismo	0	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	3	2
Tuberculosis	2	0	4	1	2	4	5	3	3	1	2	2	9	7	13

La mediana se calcula sobre el último quinquenio. No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.

Distribución por áreas de salud. Semanas 29 a 32 (16/07/2018 a 12/08/2018). Datos provisionales.

ENFERMEDAD	MURCIA OESTE		CARTAGENA		LORCA		NOROESTE		ALTIPLANO		VEGA MEDIA DEL SEGURA		MURCIA ESTE		MAR MENOR		VEGA ALTA DEL SEGURA		TOTAL	
	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.	Casos	Acum.
Población (Padrón 2017)	260269		283297		174416		174416		59764		264262		198069		104965		54597		1470273	
Toxinfecciones alimentarias	2	28	0	23	3	15	0	0	1	1	0	38	3	32	11	14	0	0	20	151
Gripe	4	6361	5	6318	1	2317	1	1103	0	790	3	6128	3	4755	1	3281	1	1012	19	32065
Legionelosis	1	3	1	2	0	2	0	1	0	1	1	5	0	3	1	1	0	0	4	18
Otras meningitis	0	3	1	3	0	3	0	0	0	0	0	3	0	6	4	8	0	2	5	28
Parotiditis	1	27	1	10	0	4	0	2	0	2	9	54	0	22	1	6	0	5	12	132
Varicela	28	834	19	1095	36	891	16	213	0	18	14	382	22	277	15	486	3	22	153	4218
Tos ferina	0	5	0	6	0	2	0	0	0	0	0	2	0	2	0	0	1	1	1	18
Infección gonocócica	1	7	1	7	0	0	0	0	0	1	1	5	0	4	0	1	0	0	3	25
Sífilis	1	3	0	3	0	6	0	1	0	0	0	7	0	13	0	0	0	0	1	33
Hepatitis A	0	6	1	5	2	6	0	1	1	1	0	1	0	6	0	2	0	0	4	28
Paludismo	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	3
Tuberculosis	1	10	1	7	4	16	0	7	0	1	2	15	1	9	0	4	0	1	9	70

No se incluyen las enfermedades sin casos notificados en la cuatrisesmana actual.



## EFFECTIVIDAD DE LA VACUNACIÓN DE LA GRIPE EN EMBARAZADAS, ESTUDIO MULTICÉNTRICO RETROSPECTIVO



Región de Murcia  
Consejería de Salud

Dirección General de Salud  
Pública y Adicciones

Servicio de Epidemiología

Este mes de octubre se ha publicado en la revista *Clinical Infectious Diseases* un estudio que evalúa la efectividad de la vacuna de la gripe durante el embarazo frente a hospitalizaciones causadas por gripe confirmada por laboratorio. El estudio se ha llevado a cabo en Australia, dos estados de Canadá, Israel y tres estados de EEUU. Se identificaron mujeres embarazadas de 18 a 50 años, seleccionándose embarazos que habían coincidido temporalmente en algún momento con la temporada gripal de los países estudiados (2010-2016). La efectividad vacunal se

estimó utilizando el diseño de test-negativo ajustando por estado, temporada gripal y patologías concomitantes.

Se identificaron 19.450 hospitalizaciones con enfermedad respiratoria febril aguda en embarazadas, se les hizo prueba diagnóstica mediante PCR al 6% (1.030) y de ellas el 58% (598) presentaron un diagnóstico de gripe; el resultado de la efectividad vacunal ajustada a lo largo de las 6 temporadas fue del 40% (IC95%: 12-59%).

El estudio confirma una efectividad moderada frente a una condición grave (hospitalización por gripe). La vacunación con gripe de la embarazada tiene la triple función de proteger a la mujer que se vacuna (como se refleja en el estudio comentado), pero además protege al feto y al recién nacido durante los seis primeros meses de vida, periodo en el que se concentran entre el 80-85% de las muertes pediátricas por gripe.

El trabajo viene acompañado de un editorial que revisa los datos más interesantes del estudio.

Puede disponer de más información en:

Thompson MG, Kwong JC, Regan A, Katz MA, Drews SJ, Azziz-Baumgartner E, et al. Influenza vaccine effectiveness in preventing influenza associated hospitalizations during pregnancy: A multicountry test-negative design study, 2010–2016. *Clin Infect Dis* 2018.

**Edita:**

Servicio de Epidemiología.  
D.G. de Salud Pública y Adicciones.  
Consejería de Salud.  
Ronda de Levante, 11. 30008 Murcia.  
Tel.: 968 36 20 39  
Fax: 968 36 66 56  
bolepi@carm.es  
<http://www.murciasalud.es/bem>

**Comité Editorial:**

M.<sup>a</sup> Isabel Barranco Boada,  
M.<sup>a</sup> Dolores Chirlaque, Lluís Cirera,  
Juan Francisco Correa,  
Visitación García,  
Ana María García-Fulgueiras,  
Jesús Humberto Gómez,  
José Jesús Guillén,  
Olga Monteagudo,  
Jaime Jesús Pérez, Carmen Santiuste.

**Coordinadora de Edición:**

M.<sup>a</sup> Isabel Barranco Boada.

**Coordinadora Administrativa:**

Bárbara Lorente García.

**Suscripción:** Envío Gratuito.

**Solicitudes:** bolepi@carm.es

e-issn: 2173-9269 Bol Epidemiol Murcia

D.L. MU-395-1987

