

## **SUMARIO**

<b>Instrucciones sobre la vacunación en adultos y en situaciones clínicas especiales</b>	<b>1</b>
<b>Balance de la temporada de gripe 2012-2013 en Navarra</b>	<b>3</b>
<b>Situación de las enfermedades de declaración obligatoria en Navarra. Semanas 1 a 13 de 2013</b>	<b>10</b>

## **INSTRUCCIONES SOBRE LA VACUNACIÓN DE ADULTOS Y EN SITUACIONES CLÍNICAS ESPECIALES**

Ante la falta de unos criterios claros sobre la financiación pública de las vacunas mediante recetas oficiales del Sistema Nacional de Salud, el Servicio de Prestaciones y Conciertos del SNS-O y el Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra han acordado las siguientes actuaciones en materia de vacunaciones.

### **Actualización de calendarios vacunales retrasados, incluidos adultos**

Las vacunas incluidas en el calendario vacunal infantil, tienen también indicación en niños y adultos mal vacunados o con retraso en el calendario de vacunación (<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/230200/BOL68INT.pdf>).

Para actualizar calendarios vacunales retrasados se utilizarán las vacunas disponibles en el centro de salud, y en ningún caso se deberán prescribir recetas para su dispensación en oficinas de farmacia.

### **Vacuna antineumocócica conjugada en niños (VPnC)**

Anteriormente, el Servicio de Prestaciones y Conciertos visaba las recetas de VPnC prescritas por pediatras cuando se cumplían las indicaciones financiables recogidas en la ficha

técnica, y denegaba el visado en niños sanos y en cuadros leves como otitis o sinusitis.

El Instituto de Salud Pública y Laboral enviaba gratuitamente al centro de salud VPnC previo informe médico, para los niños incluidos en los siguientes supuestos:

- Niños inmunocompetentes** con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones debido a enfermedades crónicas (p.e. enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes mellitus o pérdida de líquido cefaloraquídeo).
- Niños inmunocomprometidos** con riesgo de enfermedad neumocócica o sus complicaciones (p.e. asplenia anatómica o funcional, enfermedad de Hodgkin, leucemia, linfoma, insuficiencia renal, síndrome nefrótico, anemia falciforme, o trasplante de órganos).
- Niños con infección por VIH**, sintomáticos o asintomáticos.

A partir de ahora, no procederá el visado de estas recetas ni siquiera para las indicaciones financiadas y, en los casos en que el pediatra considere adecuada la vacunación, deberá solicitar el suministro de la vacuna con el correspondiente informe médico, al Instituto de Salud Pública y Laboral, que enviará la vacuna gratuitamente en las indicaciones anteriores.

## Vacunación de adultos

### a. *Vacuna antineumocócica conjugada (VPnC)*

El Instituto de Salud Pública y Laboral enviará gratuitamente al centro de salud VPnC previo informe médico, para los adultos incluidos en los siguientes supuestos: leucemia, linfoma, enfermedad de Hodgkin, mieloma múltiple, insuficiencia renal grave, síndrome nefrótico, trasplante de órgano sólido o de células hematopoyéticas, tratamiento quimioterápico o inmunosupresor, infección por VIH y asplenia anatómica o funcional.

### b. *Antineumocócica polisacárida 23 valente (VPnPs23)*

Se utilizarán las vacunas disponibles en el centro de salud para las indicaciones recogidas en Protocolo de Vacunación Antigripal-Antineumocócica:

<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/199452/BOL63GRIPE.pdf>

Cuando exista indicación de vacunar con VPnC y VPnPs23, la VPnC se pondrá preferiblemente dos meses antes de la VPnPs23. En el caso de haber recibido la VPnPs23 se esperará un año para administrar la VPnC.

### c. *Vacunación de hepatitis B*

Se utilizarán las vacunas disponibles en el centro de salud tanto para calendarios retrasados como para las siguientes indicaciones:

- Personas deficientes mentales que están acogidas en instituciones y personal que trabaja en contacto con ellas.
- Convivientes y contactos sexuales de personas con infección aguda o crónica por virus de la hepatitis B.
- Hemofílicos y receptores habituales de sangre o hemoderivados.
- Pacientes en pre-diálisis o hemodiálisis.
- Pacientes en programas de trasplantes.
- Personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).
- Personas con hepatopatías crónicas.
- Personas que practican punciones cutáneas frecuentes, no controladas (usuarios de drogas por vía parenteral, etc).
- Personas hetero u homosexuales que cambian frecuentemente de pareja.
- Personas que consultan por infecciones de transmisión sexual.

### d. *Vacunación hepatitis A*

Esta vacuna no está disponible en los centros de salud. Desde el Instituto de Salud Pública y Laboral se facilitará gratuitamente, previo informe médico, en las siguientes indicaciones:

- Personas con procesos hepáticos crónicos o hepatitis B o C, aunque no tienen

un mayor riesgo de infección, tienen un mayor riesgo de hepatitis A fulminante.

- Pacientes hemofílicos que reciben hemoderivados y pacientes candidatos a trasplante de órganos.
- Familiares o cuidadores en contacto directo con pacientes con hepatitis A.
- Personas infectadas con el VIH.
- Personas con prácticas con riesgo de infección: varones homosexuales que tengan contactos sexuales múltiples, y usuarios de drogas por vía parenteral.

### e. *Vacunación en inmunocomprometidos*

Desde el Instituto de Salud Pública y Laboral se facilitarán las vacunas necesarias en los siguientes procesos:

#### *Trasplante de Progenitores Hematopoyéticos (TPH):*

- Vacunas disponibles habitualmente en el centro de salud: hepatitis B, difteria-tétanos, VPnPs23, antigripal y antime-ningocócica conjugada C.
- Vacunas no disponibles habitualmente en el centro de salud, previo informe médico: polio inactivada, *Haemophilus influenzae* tipo b, hepatitis A y VPnC.

#### *Vacunación del donante en TPH alogénico:*

- Si es necesario la vacunación del donante, se realizará al menos 4 semanas antes de la donación con las vacunas disponibles habitualmente en el centro de salud (hepatitis B, difteria-tétanos, VPnPs23 y varicela).
- Las vacunas no disponibles en el centro de salud (*H influenzae* tipo b y VPnC) se facilitarán gratuitamente previo informe médico.

#### *Trasplante de órgano sólido (TOS):*

- Los candidatos a trasplante de órganos sólidos deben tener actualizado el calendario vacunal: difteria-tétanos, polio, hepatitis B, triple vírica y varicela.
- Además, si no han sido inmunizados previamente, se les administrarán las siguientes vacunas disponibles habitualmente en los centros de salud: VPnPs23, antigripal y antime-ningocócica conjugada C.
- Para estos pacientes, el Instituto de Salud Pública y Laboral, previo informe, facilitará gratuitamente, si fueran necesarias las siguientes vacunas: polio, *H influenzae* tipo b, hepatitis A y VPnC.

### *Asplenia funcional o anatómica:*

- Estos pacientes deben tener actualizado el calendario vacunal: difteria-tétanos, polio, hepatitis B, triple vírica y varicela.
- Además, si no han sido inmunizados previamente, se les administrarán las siguientes vacunas disponibles habitualmente en los centros de salud: VPnPs23, antigripal y antimeningocócica conjugada C, y el Instituto de Salud Pública y Laboral, previo informe, facilitará gratuitamente, la vacuna frente *H influenzae* tipo b y VPnC.

### *Inmunosupresión médica:*

Las personas que van a recibir un tratamiento continuado con inmunosupresores o inmunomoduladores conviene que hayan completado las siguientes vacunaciones **antes de iniciar el mismo**:

- Estos pacientes deben tener actualizado el calendario vacunal: difteria-tétanos, polio, hepatitis B, triple vírica y varicela.
- Además, si no han sido inmunizados previamente, se les administrarán las siguientes vacunas disponibles habitualmente en los centros de salud: VPnPs23, antigripal y antimeningocócica conjugada C, y el Instituto de Salud Pública y Laboral, previo informe, facilitará gratuitamente, la vacuna frente *H influenzae* tipo b y VPnC\*.

### **Vacunación del viajero**

Sanidad Exterior indica las vacunas obligatorias y recomendadas según el país de destino. Algunas de ellas son facilitadas directamente en sus dependencias: vacunas frente a la fiebre amarilla, encefalitis centroeuropea y encefalitis japonesa.

Cuando una vacuna no es obligatoria, pero está recomendada en función del viaje, el facultativo de Sanidad Exterior actuará de la siguiente forma:

- Si la vacuna recomendada está **incluida en el calendario de vacunaciones**, y está indicada tanto en niños como en adultos que no completaron la vacunación (<http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/AECCD760-AB2A-4841-818A-FA53478FD6DC/230200/BOL68INT.pdf>), se remitirá al interesado a su Centro de Salud, dónde se le actualizará el calendarios de vacunación con las vacunas allí disponibles, por lo que, en ningún caso, se deberán prescribir recetas para su dispensación en oficinas de farmacia.
- Si la **vacuna recomendada no está incluida en el calendario de vacunaciones**, el Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea **no financiará** la vacunación a través de recetas oficiales prescritas por sus facultativos, por lo que el facultativo de Sanidad Exterior extenderá una receta para su adquisición en oficina de farmacia corriendo la totalidad del gasto a cuenta del interesado.

Las dudas sobre estos temas pueden consultarse en el Instituto de Salud Pública y Laboral, teléfono 848 423466.

\* \* \* \* \*

# BALANCE DE LA TEMPORADA DE GRIPE 2012-2013 EN NAVARRA

## Campaña de vacunación

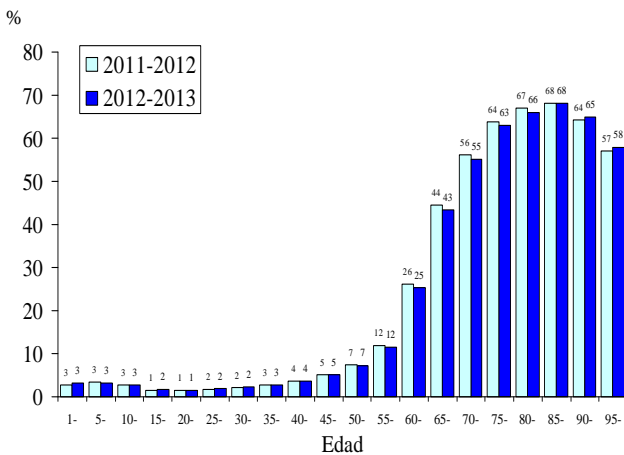
La campaña de vacunación frente a la gripe estacional tuvo lugar entre octubre y noviembre de 2012 y se administraron 113.367 dosis de vacuna. La composición de la vacuna fue la recomendada por la OMS e incluyó tres cepas: A/California/7/2009(H1N1), A/Victoria/361/2011(H3N2) y B/Wisconsin/1/2010. Según las dosis registradas en la red pública de Atención Primaria, la cobertura en mayores de 65 años no institucionalizados fue del 57%, ligeramente inferior al 58% alcanzado en la temporada 2011-2012 y también menor que la de otros años previos (Figura 1). La cobertura en el conjunto de población no institucionalizada alcanzó el 14%. Solo a partir de 70 años de edad se alcanzaron coberturas superiores al 50%.

## Incidencia de síndromes gripales

Durante la temporada 2012-2013 se notificaron 13.130 casos de síndrome gripal en Navarra (21 casos por 1000 habitantes). Esta tasa está dentro del rango de las cinco temporadas anteriores (17 a 32 casos por 1000), y se puede considerar una intensidad gripal entre media y baja.

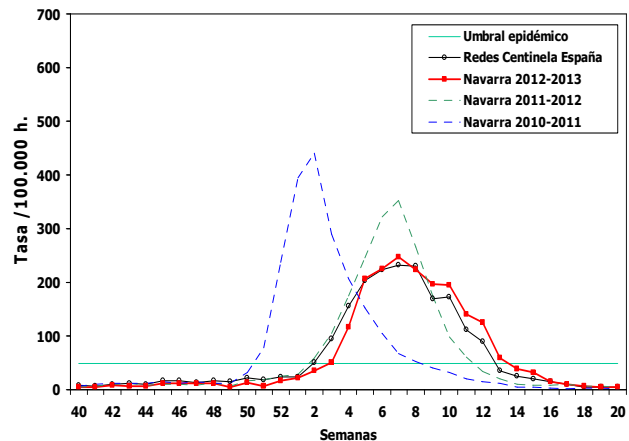
El umbral epidémico se superó durante 11 semanas, entre la 3 y la 13 de 2013, duración algo mayor que la de otros años. El pico de incidencia de la onda gripal se registró en la tercera semana de febrero (semana 7) con 247 casos por 100.000 habitantes (Figura 2).

**Figura 1.** Cobertura vacunal antigripal en población no institucionalizada en 2011 y en 2012.

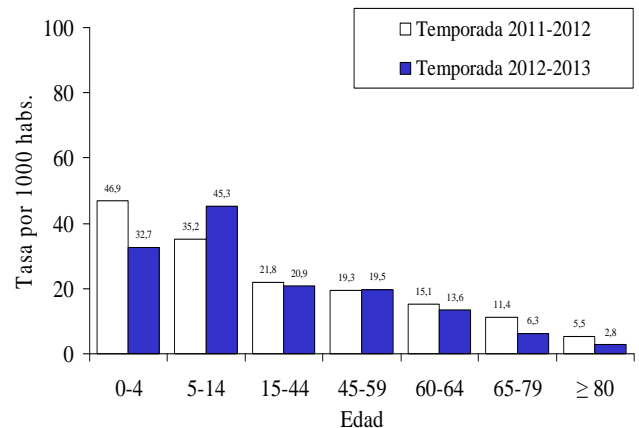


La mayor tasa de incidencia se registró en los niños de 5 a 14 años, observándose un descenso progresivo en las tasas con el aumento de la edad. En comparación con la temporada previa, las tasas han sido menores en los grupos de menos de 5 años y mayores de 60, pero fue mayor en los niños de 5-14 años (Figura 3). En niños de 5 a 14 años se alcanzó el pico en la semana 5, en los menores de 5 años y en los de 15 a 44 años se alcanzó en la semana 7, y en mayores de 45 años se retrasó hasta la semana 8, reflejando la progresiva difusión de la infección de los grupos de escolares hacia el resto de la población (Figura 4).

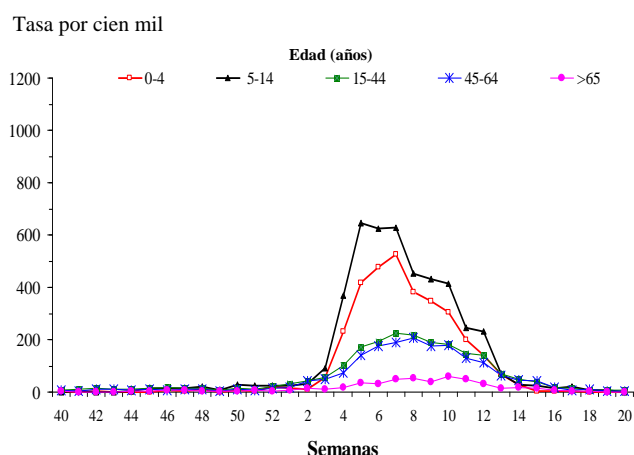
**Figura 2.** Incidencia semanal de síndromes gripales en la temporada 2012-2013 en Navarra y en España. Comparación con la temporada 2011-2012.



**Figura 3.** Incidencia acumulada de síndromes gripales en las temporadas 2011-2012 y 2012-2013 por grupos de edad.



**Figura 4.** Incidencia semanal de síndromes gri-pales en la temporada 2012–2013 en Navarra por grupos de edad.



En los casos de gripe notificados por los médicos centinela se registró la presencia de síntomas. Entre los casos confirmados en laboratorio menores de 15 años los síntomas más frecuentes fueron la fiebre, el malestar general y síntomas respiratorios. En adultos también destacaron la tos y las artromialgias como síntomas muy frecuentes. La disnea fue poco frecuente entre los casos diagnosticados en atención primaria (Tabla 1).

**Tabla 1.** Síntomas en los casos de gripe confirmados en atención primaria.

Síntomas	Niños (<15 años)		Adultos (≥15 años)	
	Nº	%	Nº	%
Fiebre	75	100	240	98
Escalofríos	50	67	225	92
Malestar general	75	100	241	98
Cefalea	67	89	207	84
Artralgia/mialgias	40	53	223	91
Tos	63	84	230	94
Dolor de garganta	60	80	178	73
Disnea	0	0	18	7
Afectación de vías altas	69	92	220	90
<b>Total</b>	<b>75</b>	<b>100</b>	<b>245</b>	<b>100</b>

**Tabla 2.** Actividad gripal detectada en consultas de atención primaria.

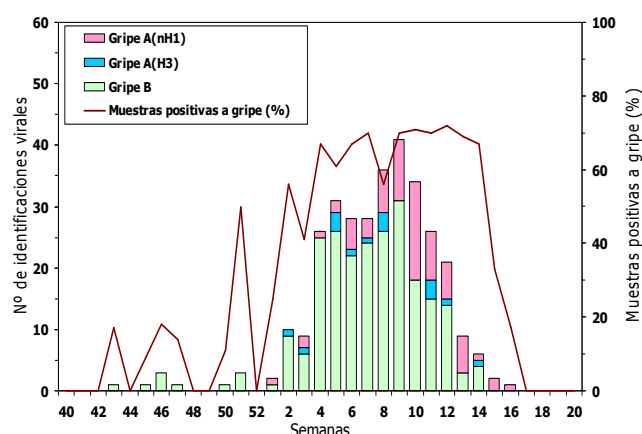
Edad, años	Casos de síndrome gripal notificados			Identificaciones de gripe		
	Número	%	Tasa por 1000 habitantes	Frotis analizados	Frotis + a gripe	%
0-4	1333	11,9	32,7	31	12	39
5-14	2901	16,7	45,3	104	63	61
15-44	5444	42,1	20,9	273	149	55
45-64	2902	21,7	18,1	135	85	63
65 y más	550	7,7	5,0	36	11	31
<b>Total</b>	<b>13130</b>	<b>100</b>	<b>20,9</b>	<b>579</b>	<b>320</b>	<b>55</b>

## Vigilancia virológica

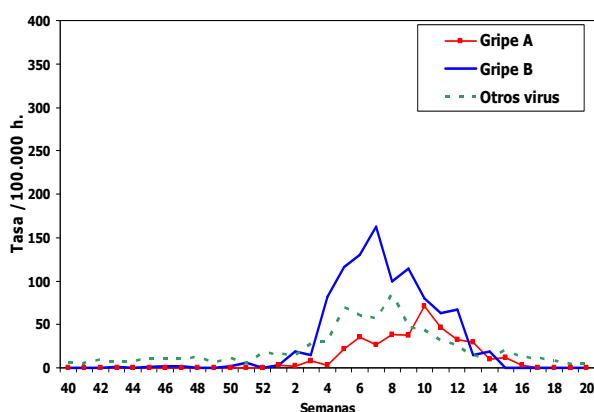
Se procesaron 579 frotis de pacientes de la red centinela de atención primaria y 320 (55%) fueron positivos a gripe. En las semanas en las que la incidencia estuvo por encima del umbral epidémico más de la mitad de los frotis analizados fueron positivos a virus de la gripe. El virus B se identificó en el 73% de las muestras positivas, fue el principal responsable de la onda gripal y su circulación se extendió desde la semana 43 a la 14. El 25% de las identificaciones correspondieron a gripe A(H1N1)pdm, que se detectó entre la semana 1 y 16. Además, hubo un 2% de aislamiento de gripe A(H3N2) (Figura 5). El porcentaje de frotis que se confirmaron para gripe fue mayor entre 5 y 64 años (58%) (Tabla 2).

Los casos de síndrome gripal con frotis negativo a virus de la gripe alcanzaron un pico en la semana 8 (Figura 6). Algunos de estos frotis fueron analizados para otros virus respiratorios. El virus respiratorio sincitial se detectó en la primera mitad de la temporada, entre las semanas 42 de 2012 y 6 de 2013. También se identificaron virus parainfluenza y adenovirus sobre todo en la primera mitad de la temporada, y Rhinovirus y Metapneumovirus principalmente en la segunda mitad de la temporada.

**Figura 5.** Número de identificaciones de gripe por semanas y porcentaje de frotis positivos en pacientes de la red de médicos centinela.



**Figura 6.** Incidencia estimada de síndromes gripales según agente etiológico.



En esta temporada no se notificaron brotes en residencias de la tercera edad, lo que sugiere que la vacunación antigripal y las medidas de higiene, habría conseguido evitar la entrada de la gripe en las residencias geriátricas.

### Ingresos hospitalarios

Como en temporadas anteriores se ha aplicado un protocolo para la toma sistemática de frotis de todos los pacientes que ingresan con sospecha de gripe. Durante la temporada 2012–2013 se tomaron 417 frotis de pacientes atendidos en hospitales con infección respiratoria aguda de posible origen gripal, la mayor parte (346) eran pacientes que requirieron ingreso hospitalario, y los restantes fueron pacientes con factores de riesgo atendidos en urgencias o en consultas de especialidades.

Hubo 68 pacientes ingresados que se confirmaron con infección por el virus de la gripe, en comparación con los 49 casos de la temporada anterior. Los casos se distribuyeron desde la semana 50 de 2012 a la 19 de 2013. En 43 (63%) se identificó el virus B, en 16 (24%) el virus A(H1N1)pdm, en 5 (7%) el virus A(H3N2), en 1 una doble infección por gripe A y B, y en 3 el virus de la gripe A no subtipado. Entre los 68 pacientes hospitalizados el 65% eran hombres, la edad media fue de 48 años (rango 0–96). El 10% tenían menos de 5 años y otro 34% tenían 65 años o más. Diez casos requirieron ingreso en unidades de cuidados intensivos y siete fallecieron. Dado que muchos casos pueden fallecer fuera del hospital, es posible que haya habido más defunciones relacionadas con la gripe en la temporada.

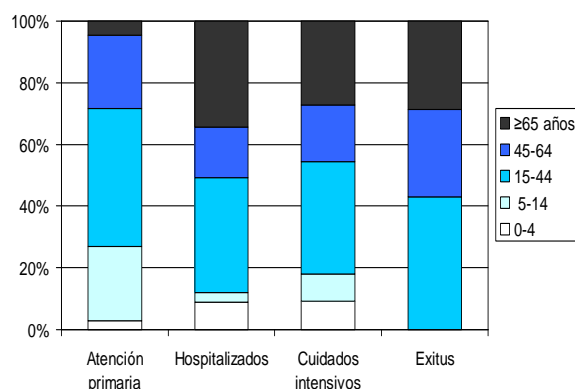
En el análisis de factores de riesgo en los casos hospitalizados encontramos que el 40%

eran mayores de 60 años, otro 28% eran menores de 60 años con factores de riesgo o enfermedades crónicas y el 4% eran mujeres embarazadas. El 28% restante eran personas sin indicación de vacunación.

Mientras la mayoría de los casos de gripe que consultaron en atención primaria eran menores de 45 años, alrededor de la mitad de los que requirieron ingreso en unidades de cuidados intensivos y de los que fallecieron eran mayores de 45 años (Figura 7).

Hubo dos picos en el número de hospitalizaciones, uno coincidiendo con el pico en la onda de gripe, y otro, tres semanas después. Se produjeron ingresos al final de la onda epidémica, cuando la circulación gripal en la población había retornado a niveles basales (Tabla 4).

**Figura 7.** Distribución etárea de los casos de gripe según situación y nivel asistencial.



### Caracterización virológica de los casos

En el Centro Nacional de Microbiología se completó la caracterización genómica de 109 cepas de gripe aisladas en Navarra durante esta temporada de pacientes hospitalizados y de atención primaria. Las muestras de virus enviadas trataron de representar la variedad de tipos de virus y de los distintos momentos epidemiológicos.

Más de la mitad (56%) de las cepas caracterizadas coincidieron o tenían gran similitud con las incluidas en la vacuna, lo que explicaría la efectividad relativamente alta de la vacuna en esta temporada. Las cepas identificadas con mayor frecuencia fueron dos cepas de gripe B del linaje Yamagata, Una de ellas fue la cepa vacunal B/Wisconsin/1/2010 y otra la B/Estonia/55669/2011, que presentaba algunas diferencias con respecto a la cepa conte-



nida en la vacuna. Esta última fue responsable de la mitad de los fallos vacunales en los que pudo caracterizarse el virus. Entre las cepas de virus A(H1N1)pdm, la que se detectó con más frecuencia fue la A/StPetersburg/27/2011, mientras que la A/StPetersburg/100/2011 fue la se asoció a mayor frecuencia de fallos vacunales. Todas las cepas de virus A(H3N2) caracterizadas se correspondieron al virus vacunal A/Victoria/361/2011 (Tabla 3).

En resumen, se puede decir que la composición de la vacuna de la temporada 2012–13 tuvo buena adecuación a los virus que circularon en Navarra.

**Tabla 3.** Cepas de gripe caracterizadas mediante secuenciación genómica.

	N (%)	Vacunados N (%)
<b>Gripe B</b>		
B/Wisconsin/1/2010 (Yamagata)*	31 (28%)	5 (25%)
B/Estonia/55669/2011 (Yamagata)	34 (31%)	10 (50%)
B/Brisbane/60/2008 (Victoria)	5 (5%)	0
<b>Gripe A(H1N1)pdm09</b>		
A/St Petersburg/27/2011(nH1N1)**	17 (16%)	1 (5%)
A/St Petersburg/100/2011(nH1N1)	7 (6%)	3 (15%)
<b>Gripe A(H3N2)</b>		
A/Victoria/361/2011(H3N2)*	13 (12%)	1 (5%)
<b>Total cepas caracterizadas</b>	<b>109 (100%)</b>	<b>20 (100)</b>

\*Cepa incluida en la vacuna 2012-2013

\*\*Cepa con similitud a las incluidas en la vacuna de la temporada 2012-2013

**Tabla 4.** Incidencia semanal de síndrome gripal, vigilancia centinela y vigilancia virológica

Semana	Navarra Tasa por 100.000	Red centinela de la gripe en Navarra						Ingresos en hospital	Otros virus*	España Tasa por 100.000
		Casos	Frotis procesados	Confirmados para gripe	Gripe A(nH1N1)	Gripe A H3	Gripe B			
40	5,6	9	5	0	-	-	-	-	-	9,2
41	5,2	2	1	0	-	-	-	-	-	6,3
42	8,9	9	7	0	-	-	-	-	VRS	9,9
43	7,6	11	6	1 (17%)	-	-	1	-	VRS	11,3
44	7,6	5	3	0	-	-	-	-	VRS	10,0
45	11,6	17	11	1 (9%)	-	-	1	-	VRS, PI,	17,0
46	12,4	26	17	3 (18%)	-	-	3	-	VRS, PI, Rh	16,1
47	11,8	12	7	1 (14%)	-	-	1	-	VRS, Ad, Bo, PI	14,3
48	11,8	14	4	0	-	-	-	-	VRS	17,0
49	5,6	4	0	0	-	-	-	-	VRS, Rh, PI	15,0
50	15,0	17	9	1 (11%)	-	-	1	B	VRS	22,0
51	10,5	16	6	3 (50%)	-	-	3	-	VRS	18,7
52	17,3	14	5	0	-	-	0	-	VRS, Bo, Ad	23,3
1	21,4	28	8	2 (25%)	1	-	1	-	VRS	27,0
2	34,9	38	18	10 (56%)	-	1	9	H1	VRS, PI, Rh	50,6
3	50,4	61	22	9 (41%)	2	1	6	B	VRS, PI, Bo, Mp	95,4
4	116,6	137	39	26 (67%)	1	-	25	2 H3, 1 B	VRS, PI	156,7
5	206,8	205	51	31 (61%)	2	3	26	4 B	Ad	202,7
6	225,7	203	42	28 (67%)	5	1	22	5 B	VRS, Bo	224,5
7	246,8	229	40	28 (70%)	3	1	24	9 B, 3 H1, 1 H3	Rh, Mp	232,6
8	223,1	273	64	36 (56%)	7	3	26	6 B	Rh, Bo	230,9
9	197,1	234	59	41 (70%)	10	0	31	3 B, 1 H1	VRS, Ad, Mp	168,8
10	194,2	229	48	34 (71%)	16	0	18	8 B, 4 H1	VRS	172,5
11	140,9	181	37	26 (70%)	8	3	15	2 B, 3 H1	VRS, Ad, Rh, Mp	112,0
12	125,3	176	29	21 (72%)	6	1	14	1 B, 3 H1	Ad, Rh, Mp, Bo	89,3
13	59,2	76	13	9 (69%)	6	0	3	1 B, 1 H1, 1 H3	PI, Rh, Mp	35,3
14	39,4	50	9	6 (67%)	1	1	4	1 H1	Mp	25,7
15	32,1	35	6	2 (33%)	2	0	0	-	Rh, Mp, Ad	19,5
16	14,8	13	6	1 (17%)	1	0	0	1 H3	Rh, Mp, Ad, Bo	14,5
17	10,8	11	3	0	0	0	0	-	Rhino, PI	9,8
18	7,6	6	3	0	0	0	0	-	Rh, Mp, Ad	5,0
19	4,5	7	1	0	0	0	0	1 A	Rh	5,4
20	5,1	6	0	0	0	0	0	-	Rh, Mp	5,1

La tasa de Navarra incluye todos los casos notificados en Atención Primaria. La red de médicos centinela realiza la vigilancia epidemiológica y virológica, y cubre el 18% de la población. Ad: adenovirus; PI: virus parainfluenza; Bo: Bocavirus; Rh: Rhinovirus; Mp: Metapneumovirus; VRS: virus respiratorio sincitial.

\*Muestras de pacientes de la red centinela y de hospitales.

### Efectividad de la vacuna antigripal

A partir de la información de casos de gripe confirmados, y comparando los vacunados y no vacunados, se ha podido estimar la efectividad de la vacuna antigripal de la temporada

2012–2013 en Navarra, ajustando por edad y comorbilidad crónica.

La efectividad global de la vacuna para prevenir casos de gripe confirmados por laboratorio en personas con indicación vacunal por tener más de 60 años y/o enfermedades crónicas fue del 65%, y alcanzó el 76% para prevenir

ingresos hospitalarios con confirmación de gripe. Esta efectividad está en la línea de lo que es habitual en otras temporadas.

En la población no institucionalizada mayor de 65 años se evaluó la efectividad de la vacuna para prevenir defunciones. La vacunación antigripal redujo un 25% la mortalidad por todas las causas entre la semana 3 y 20. Hay que tener en cuenta que el efecto de la vacuna en la mortalidad se produce en las semanas de máxima circulación de la gripe y también se desplaza algo a semanas posteriores ya que el fallecimiento puede producirse días después del comienzo del episodio gripal.

### Impacto de la vacunación antigripal

Partiendo de los datos de efectividad mencionados, de las coberturas de vacunación antigripal y de los diagnósticos de gripe realizados en atención primaria y en hospitales de Navarra, se pueden estimar los casos que se han prevenido con la vacuna. La vacuna antigripal de la temporada 2012-13 habrá evitado en Navarra aproximadamente 700 consultas por síndrome gripal en personas con factores de riesgo. También se estima que se habrán prevenido en torno a 44 hospitalizaciones con gripe y 6 ingresos en unidades de cuidados intensivos. Estas estimaciones tienen la fortaleza de basarse en casos confirmados por laboratorio, pero probablemente subestiman el impacto total de la vacuna porque no consideran casos y fallecimientos sin confirmación por laboratorio.

Durante las semanas 3 a 20 de 2013 (semanas con alta circulación de gripe) hubo en el conjunto de Navarra un exceso de 124 muertes en Navarra en comparación con el promedio de los dos años anteriores. Este exceso de defunciones fue más pronunciado en personas no vacunadas de gripe, y no se han encontrado otros factores que lo expliquen. La vacunación antigripal habría evitado un 14% de las muertes de mayores de 65, unas 200 defunciones, que se hubieran producido durante las semanas de circulación de la gripe en el caso de no haber estado vacunados. En otras palabras, aproximadamente por cada 290 dosis de vacuna administradas en mayores de 65 años se habría prevenido una muerte.

### Vigilancia de la Gripe en España

La onda gripal de la temporada 2012-2013 en España ha tenido una magnitud moderada y se ha caracterizado por una llegada tardía res-

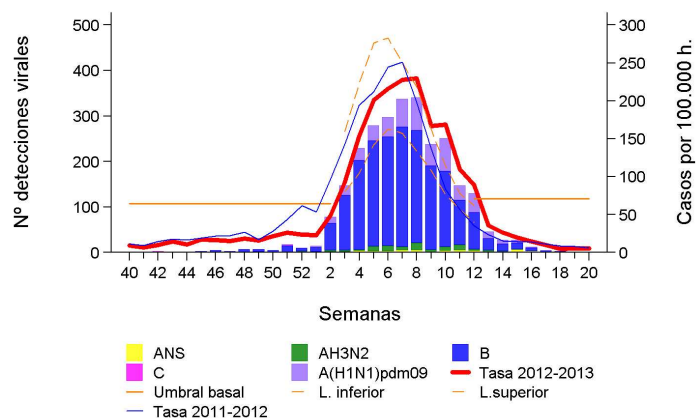
pecto al patrón que suele ser más frecuente. El umbral epidémico se superó entre la semana 3 y la semana 12 de 2013 y la máxima incidencia se registró en la semana 8 con 233 casos por 100.000 habitantes (Figura 8).

La mayor incidencia de síndromes gripales se registró en niños de 5 a 14 años, y fue menor en los grupos con mayor edad.

En 74,9% de las detecciones virales fueron de gripe B, el 25% de gripe A y el 0,1% de gripe C. Entre los casos de gripe A subtipados, el 86% han sido A(H1N1)pdm09 y 24% gripe A(H3). El 83% de los virus B caracterizados correspondieron al linaje Yamagata, que fue el incluido en la vacuna (104 semejantes a B/Estonia/55669/2011, 106 semejantes a B/Wisconsin/1/2010 y 1 semejante a B/Florida/4/2006), y el 17% al linaje Victoria (B/Brisbane/60/2008). Se han caracterizado 193 virus de la gripe A, 152 de ellos son virus A(H1N1)pdm (120 semejantes a A/StPeterburg/27/2011 y 32 semejantes a A/StPetersburg/100/2011) y 41 virus AH3N2, todos ellos semejantes a A/Victoria/361/2011.

En el nivel estatal se monitoriza de forma continuada la mortalidad general a partir de 2004 registros civiles informatizados. En esta temporada se superó el umbral de alerta de mortalidad entre las semanas 7 y 13 de 2013, coincidiendo con semanas de elevada actividad gripal. Este exceso acumulado de mortalidad observada en comparación con la esperada fue del 12%.

**Figura 8.** Tasas de incidencia de síndromes gripales y detecciones de virus de la gripe. España, 2012-2013.



Fuente: CNE. Sistema de Vigilancia de Gripe en España



## Conclusiones y recomendaciones

La vigilancia de la gripe en Navarra se ha consolidado en base a las siguientes actividades:

- Notificación de casos clínicos:
  - o Atención primaria.
  - o Hospitales
- Notificación del resultado de laboratorios:
  - o Pacientes de la red centinela de atención primaria.
  - o Pacientes atendidos en hospitales.

En la temporada 2012–2013 ha circulado predominantemente la gripe B, pero también ha habido circulación considerable de gripe A(H1N1)pdm y en menor medida de gripe A(H3). Los resultados presentados demuestran que la gripe ha tenido un impacto relevante en la salud de la población y que la vacunación de las personas con factores de riesgo redujo este impacto notablemente.

El análisis de las defunciones ha puesto de manifiesto que la gripe se asocia a un aumento de mortalidad en mayores y que la vacuna evita un número apreciable de estas muertes.

Con frecuencia, las personas con mayor riesgo de complicaciones por la gripe, tienen la respuesta inmune a la vacunación algo disminu-

da por su elevada edad o por padecer patologías de base. Por este motivo se deben tener presentes otras actuaciones preventivas complementarias: la vacunación de convivientes, el aislamiento de los casos y el lavado frecuente de manos o uso de soluciones hidroalcohólicas. El tratamiento antiviral precoz de los casos de gripe que con factores de riesgo puede mejorar su pronóstico.

Una temporada más, la vigilancia epidemiológica basada en redes de médicos centinelas y en laboratorios, ha proporcionado información fiable, oportuna y comparable.

El protocolo de actuación ante casos graves de gripe, que incluye la confirmación de casos sospechosos hospitalizados, el aislamiento y el tratamiento antiviral en los pacientes graves o con riesgo de complicaciones, ha demostrado ser eficaz para el manejo clínico de estos pacientes y para reducir el riesgo de transmisión de la gripe en el medio sanitario. La declaración de casos graves de gripe es un buen complemento para la vigilancia y conviene mantenerla en las próximas temporadas. Además, es un instrumento útil para hacer frente a la eventual propagación de nuevos virus de transmisión respiratoria como la gripe (H7) o nuevos coronavirus (SARS).

\* \* \* \* \*

### Red de Médicos Centinelas de Navarra

- C.S. Altsasu/Alsasua: A Puig Arrastia;
- C.S. Lesaka; B Compains;
- C.S. Irurtzun: M Moreno, MA Senosiain;
- C.S. San Jorge: MT Virto, C Bernués, N Goñi, JJ Miner;
- C. S. Orkoyen: U Navarro;
- C.S. Rochapea: M Sota, BE Rípodas;
- C.S. Chantrea: F Cortes;
- C. S Milagrosa: MB Azagra;
- C.S. Ermitagaña: MA Roncal, P Palacio, E Álvarez, J Sola, JM Vizcay, L García Blanco, JJ Jurio, MC Hijos, M Gomara, PC Cuevas, M Prado;
- C.S. Il Ensanche: P Sarrasqueta, B Flamarique, FJ Orozco, MJ Esparza, JJ Arana, A Arza, M Rodríguez, I Arribas;
- C.S. Tafalla: MJ Guruchaga, J Díez, C Gurbindo, V Etayo;
- C.S. Villava/Atarrabia: A Brugos, JC Cenoz, B Iñigo, C Fernández Alfaro, B Cano, FJ Bartolomé, E Rídruejo;
- C.S. San Juan: A Gulina, E Arina, ML Garcés, P Aldaz, IA Urtasun, MJ Vigata, S Indurain, I Arceiz, B Churio, N Goñi, ME Ursua, BE Rípodas, I Ruiz; C Perez Lecumberri, JR Corpas, MT Maquirriain, MA Moros, A Giner;
- C.S. Barañain II: J Gamboa;
- C.S. Beriain: J Palau;
- C.S. Sangüesa: JJ Longás;
- C.S. Salazar: C Sánchez Vázquez;
- C.S. Roncal: E da Costa Moure;
- C.S. Tudela Oeste: MJ Guillorme, MP León, M D Artajo, JO Guiu, C Bolea, M Orte, G Varo, AB German, M Castresana;

- C.S. Valtierra: SE Juan Belloc;
- C.S. Corella: JA Heras;
- C.S. Buñuel: M Doiz;
- C.S. Estella: M Ramos, FJ Escribano, I Abad,
- C.S. Lodosa: A Prado;
- Casa Misericordia: F Cía.

### Sistema de enfermedades de declaración obligatoria

En el que participan todos los médicos de Atención Primaria y Especializada de Navarra.

### Sistema de notificación de casos graves de gripe

Dirección y Servicios de Urgencias, Medicina Interna, Enfermedades Infecciosas, Neumología, Cuidados Intensivos, URCE, Medicina Preventiva y Microbiología del los centros hospitalarios de Navarra: Complejo Hospitalario de Navarra, Clínica Universidad de Navarra, Hospital Reina Sofía, Hospital García Orcoyen, Clínica San Miguel y Hospital San Juan de Dios.

### Laboratorios

- Complejo Hospitalario de Navarra: V Martínez Arto-la, I Polo, C Ezpeleta.
- Clínica Universidad Navarra: M Fernández Alonso, G Reina.
- Hospital García Orcoyen: A Navascués.
- Hospital Reina Sofía: JJ García Irure.

### Coordinación

- Dirección de Atención Primaria: E Albéniz, F Elía.
- Instituto de Salud Pública: J Castilla, M García Cenoz, M Arriazu, F Irisarri, A Zabala, A Barricarte.

**CASOS DE ENFERMEDADES DE DECLARACIÓN OBLIGATORIA.  
NAVARRA, SEMANAS 1 A 13. PERIODO 2008-2013**

ENFERMEDADES	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Enfermedades de Transmisión Alimentaria</b>						
Botulismo	-	-	-	-	-	-
Cólera	-	-	-	-	-	-
Disentería Bacilar	4	0	1	-	1	1
Fiebre Tifoidea y Paratifoidea	-	-	-	-	-	-
Toxinfeción Alimentaria	15	7	15	10	11	43
Listeriosis*	-	-	1	-	4	1
Triquinosis	1	-	-	-	-	-
<b>Enfermedades de Transmisión Respiratoria</b>						
Enfermedad Meningocócica	10	8	8	9	5	3
Enf. Neumocócica invasiva*	27	22	21	26	23	23
Enf. Invasiva <i>H influenzae</i> tipo b*	2	0	0	0	0	0
Gripe	17.577	4.778	958	11.496	12.248	11.601
Legionelosis	7	4	3	1	4	4
Tuberculosis Respiratoria	16	14	7	28	11	12
Otras Tuberculosis	3	2	2	1	1	0
Varicela	396	226	123	54	41	43
<b>Enfermedades de Transmisión sexual</b>						
Infección Gonocócica	11	10	9	13	7	14
Sífilis	1	5	6	10	9	12
<b>Enfermedades Prevenibles por Inmunización</b>						
Difteria	-	-	-	-	-	-
Parotiditis	61	16	15	20	559	27
Poliomielitis	-	-	-	-	-	-
Rubéola	-	1	0	-	-	-
Sarampión	-	-	-	-	4	-
Tétanos	-	-	-	-	-	1
Tos ferina	-	1	1	-	-	11
<b>Hepatitis Víricas</b>						
Hepatitis A	2	12	4	1	0	0
Hepatitis B	0	1	5	6	0	2
Otras Hepatitis	1	0	0	0	1	3
<b>Zoonosis</b>						
Brucelosis	-	1	0	1	1	-
Hidatidosis	2	2	1	4	1	-
Leishmaniasis	-	-	1	0	0	-
Rabia	-	-	-	-	-	-
Carbunco	-	-	-	-	-	-
Tularemia	-	-	-	-	-	-
Fiebre Q*	1	1	3	2	0	-
<b>Enfermedades Importadas</b>						
Fiebre Amarilla	-	-	-	-	-	-
Fiebres hemorrágicas virales*	-	-	1	-	-	-
Paludismo	3	0	0	2	2	1
Peste	-	-	-	-	-	-
Tifus Exantemático	-	-	-	-	-	-