

Informe semanal de vigilancia de la influenza en los EE. UU

Informe semanal de vigilancia de la influenza en los EE. UU



Temporada de influenza 2018-2019, semana 17 que finaliza el 27 de abril del 2019

Todos los datos son preliminares y pueden variar a medida que se reciban más informes.

Hay una visión general del sistema de vigilancia de la influenza de los CDC, incluida su metodología y descripciones detalladas de cada componente, disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/overview.htm>.

Sinopsis:

La actividad de la influenza continúa disminuyendo en los Estados Unidos. Si bien los virus de influenza A(H1N1)pdm09 predominaron entre octubre y mediados de febrero, los virus de influenza A(H3N2) fueron los virus más comúnmente identificados desde fines de febrero. También se reportó un número reducido de virus de influenza B. A continuación hay un resumen de los indicadores clave de la influenza para la semana que finalizó el 27 de abril del 2019:

- **Vigilancia viral:** El porcentaje de especímenes respiratorios que dio positivo para los virus de la influenza en laboratorios clínicos disminuyó. Durante las últimas tres semanas, se reportaron virus de influenza A(H3) con mayor frecuencia que los virus de influenza A(H1N1)pdm09 a nivel nacional y en las 10 regiones de los HHS.
 - **Caracterización de virus:** la mayoría de los virus de influenza A(H1N1)pdm09 e influenza B caracterizados antigénicamente son similares a los virus de referencia cultivados en células que representan los virus de influenza presentes en la vacuna 2018-2019 del hemisferio norte. Sin embargo, la mayoría de los virus de influenza A (H3N2) se diferencia antigénicamente del virus A/Singapur/INFIMH-16-0019/2016 (3C.2a1), un virus de referencia propagado en cultivo celular que representa al componente A(H3N2) de las vacunas contra la influenza de la temporada 2018-19 para el hemisferio norte.
 - **Resistencia antiviral:** la gran mayoría de los virus de la influenza sometidos a prueba (> del 99 %) refleja susceptibilidad al oseltamivir y al peramivir. Todos los virus de la influenza sometidos a prueba demostraron susceptibilidad al zanamivir.
- **Vigilancia de Enfermedades Similares a la Influenza:** La proporción de consultas de pacientes ambulatorios por una enfermedad similar a la influenza (ILI, por sus siglas en inglés) disminuyó al 1,8 %, lo que se encuentra por debajo del nivel de referencia nacional del 2,2 %. Todas las regiones reportaron enfermedades similares a la influenza por debajo de sus respectivos niveles de referencia.
 - **Mapa indicador de la actividad estatal de ILI:** Puerto Rico experimentó una alta actividad de ILI; cuatro estados experimentaron baja actividad de ILI; la Ciudad de Nueva York, el Distrito de Columbia y 46 estados experimentaron una actividad mínima de ILI; y las Islas Vírgenes de los EE. UU. no tenían suficientes datos.
- **Propagación geográfica de la influenza:** En tres estados se reportó la propagación generalizada contra la influenza; Puerto Rico y siete estados reportaron actividad a nivel regional; 18 estados reportaron actividad a nivel local; el Distrito de Columbia, las Islas Vírgenes de los EE. UU. y 22 estados reportaron actividad esporádica; y Guam no presentó informes.
- **Hospitalizaciones asociadas a la influenza:** Se reportó una tasa acumulativa de 64.7 hospitalizaciones asociadas al virus de la influenza confirmadas por laboratorio cada 100 000 habitantes. La tasa más alta de hospitalizaciones se encuentra entre los adultos de 65 años de edad en adelante (216.6 hospitalizaciones por cada 100 000 habitantes).
- **Mortalidad por neumonía e influenza:** la proporción de muertes atribuidas a la neumonía e influenza (N e I) está por debajo del nivel de epidemia específico de cada sistema según el Sistema de vigilancia de mortalidad del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS, por sus siglas en inglés).
- **Muertes pediátricas asociadas a la influenza:** Se reportaron a los CDC sobre cinco muertes pediátricas asociadas a la influenza durante la semana 17.

Resumen regional y nacional de componentes de vigilancia seleccionados

Datos de esta semana					Los datos nacionales son para la semana actual	Los datos regionales son para las últimas tres semanas	
Regiones de vigilancia del HHS*	ILI ambulatorias†	Cantidad de jurisdicciones con actividad regional o generalizada§	% de especímenes respiratorios positivos para la influenza en laboratorios clínicos	Virus de la influenza predominantes reportados por laboratorios de salud pública	País	Normal	11 de 5,4 % Influenza A(H3) 54
Región 1	Normal	4 de 6	15,3 %	Influenza A(H3)			
Región 2	Normal	2 de 4	10 %	Influenza A(H3)			
Región 3	Normal	0 de 6	5,6 %	Influenza A(H3)			
Región 4	Normal	1 de 8	5,6 %	Influenza A(H3)			
Región 5	Normal	1 de 6	12,5 %	Influenza A(H3)			
Región 6	Normal	0 de 5	8 %	Influenza A(H3)			
Región 7	Normal	0 de 4	6,2 %	Influenza A(H3)			
Región 8	Normal	1 de 6	6,5 %	Influenza A(H3)			
Región 9	Normal	2 de 5	7 %	Influenza A(H3)			
Región 10	Normal	0 de 4	6,6 %	Influenza A(H3)			

*<https://www.hhs.gov/about/agencies/iea/regional-offices/index.html>

† † Elevado significa que el % de consultas por ILI iguala o supera los niveles de referencia nacionales o específicos de la región

§ Incluye los 50 estados, el Distrito de Columbia, Guam, Puerto Rico y las Islas Vírgenes de los EE. UU.

Vigilancia virológica de EE.UU.

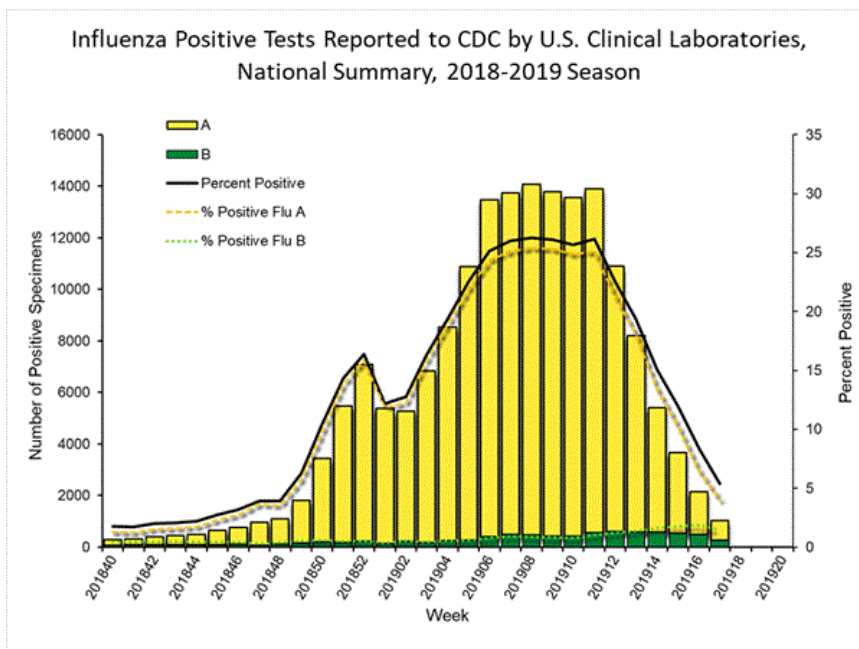
Los laboratorios que colaboran con la OMS y el NREVSS, que incluyen laboratorios clínicos y de salud pública situados en los 50 estados y en Puerto Rico, Guam y el Distrito de Columbia, reportaron a los CDC la cantidad de especímenes respiratorios examinados para detectar influenza y la cantidad de muestras positivas de influenza por tipo de virus. Además, los laboratorios de salud pública también reportan la información de los virus del subtipo de influenza A (H1 o H3) y la línea de influenza B que analizan, al igual que la edad, o el grupo etario, de las personas que aportaron los especímenes.

Se puede encontrar datos virológicos adicionales, incluyendo datos nacionales, regionales y de nivel estatal seleccionado, en: <http://gis.cdc.gov/grasp/fluview/fluportaldashboard.html>. Las proporciones por grupo etario y los totales según subtipos de influenza reportados por los laboratorios de salud pública se pueden encontrar en: http://gis.cdc.gov/grasp/fluview/flu_by_age_virus.html.

A continuación se sintetizan los resultados de las pruebas realizadas por los laboratorios clínicos.

30 de septiembre del 2018 (Semana 40)

	Semana 17	Datos acumulativos desde el
Cant. de muestras analizadas	19 080	1 082 778
Cant. de muestras positivas (%)	1 026 (5,4 %)	173 963 (16,1 %)
Muestras positivas por tipo		
Influenza A	750 (73,1 %)	165 485 (95,1 %)
Influenza B	276 (26,9 %)	8 478 (4,9 %)



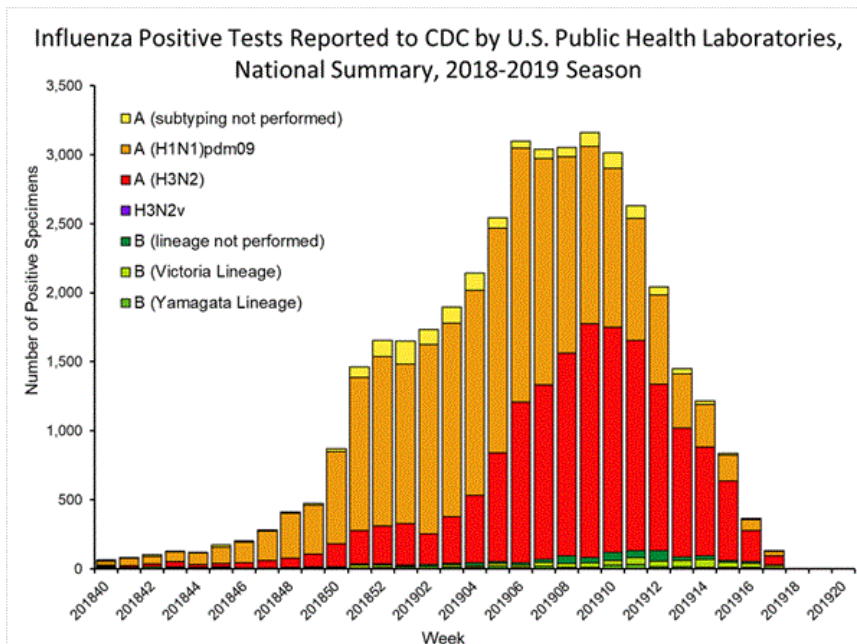
[Ver gráficos y datos de niveles nacionales y regionales](#) | [Ver datos del cuadro](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

A continuación se resumen los resultados de las pruebas realizadas por laboratorios de salud pública.

30 de septiembre del 2018 (Semana 40)

	Semana 17		Datos acumulativos desde el	
Cant. de muestras analizadas	496	75 776		
Cant. de muestras positivas*	132	40 043		
Muestras positivas por tipo/subtipo				
(H1N1)pdm09	33 (33 %)	21 361 (57,6 %)		
H3N2	67 (67 %)	15 715 (42,4 %)		
No se realizó clasificación de subtipo	4	1 545		
Línea Yamagata	7 (30,4 %)	361 (39,2 %)		
Línea Victoria	16 (69,9 %)	561 (60,8 %)		
Línea sin determinar	5	500		

*No se reporta el porcentaje de especímenes que dieron positivo para la influenza ya que los laboratorios de salud pública con frecuencia reciben muestras que ya han resultado positivas para la influenza durante pruebas de laboratorios clínicos y, por lo tanto, el porcentaje de pruebas positivas no sería un indicador válido para la actividad de la influenza. Más información disponible en <http://www.cdc.gov/flu/weekly/overview.htm>.



[Ver gráficos y datos de niveles nacionales y regionales](#) | [Ver datos del cuadro](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

Caracterización del virus de la influenza:

Se necesita un monitoreo estricto de los virus de influenza para evaluar con mayor precisión su potencial impacto sobre la salud pública. Los CDC caracterizan a los virus de la influenza mediante una o más pruebas, entre ellas [la secuenciación genómica](#), [la inhibición de la hemaglutinación \(HI, por sus siglas en inglés\)](#) y/o los ensayos de neutralización de acuerdo con los Ensayos de reducción de foco (FRA, por sus siglas en inglés). Estos datos son utilizados con el objetivo de comparar el grado de similitud que existe entre los virus de la influenza actualmente en circulación y los virus de referencia utilizados para crear nuevas vacunas contra la influenza y de monitorear los cambios que se observan en los virus de la influenza en circulación en los seres humanos. La caracterización antigénica y genética de los virus de influenza en circulación puede brindar un indicio sobre la capacidad de la vacuna contra la influenza para generar una respuesta inmunitaria contra la amplia variedad de virus de influenza que circulan al mismo tiempo cada temporada. Sin embargo, los [cálculos de la efectividad de la vacuna](#) son necesarios para determinar el nivel de protección que recibió la población a través de la vacunación. El 14 de febrero del 2019, se publicaron y se pusieron a disposición las estimaciones provisionales sobre la efectividad de la vacuna contra la influenza para la temporada 2018-2019. [aquí](#).

La secuenciación de última generación se aplica prácticamente a todas las muestras de vigilancia positivas para la influenza recibidas en los CDC a fin de determinar la identidad genética de los virus de influenza en circulación y para monitorear la trayectoria evolutiva de los virus que circulan en nuestra población. Los segmentos de genes del virus son clasificados en clados y subclados genéticos según el análisis filogenético. No obstante, los cambios genéticos que clasifican los clados/subclados no siempre generan cambios genéticos. La "variación antigénica del virus" es un término utilizado para describir el cambio antigénico gradual que se produce cuando los virus cambian para evitar la presión inmunitaria. La variación antigénica se evalúa al comparar las propiedades antigénicas de los virus de referencia propagados en cultivo celular que representan los componentes de las vacunas recomendadas en la actualidad con los virus en circulación propagados en cultivo celular.

Los CDC han caracterizado antigénica o genéticamente 2 266 virus de influenza tomados del 30 de septiembre del 2018 al 27 de abril del 2019, analizados por laboratorios de los EE. UU., incluidos 1 080 virus de influenza A(H1N1)pdm09, 869 virus de influenza A(H3N2) y 317 virus de influenza B.

Virus de la influenza A

- **A (H1N1)pdm09:** el análisis filogenético de los genes HA de 1 080 virus de influenza A(H1N1)pdm09 indicó que todos pertenecen al clado 6B.1. Trescientos cinco virus A(H1N1)pdm09 se caracterizaron antigénicamente y se determinó que 296 (97 %) eran antigénicamente similares (analizados mediante el uso de HI con antisero de

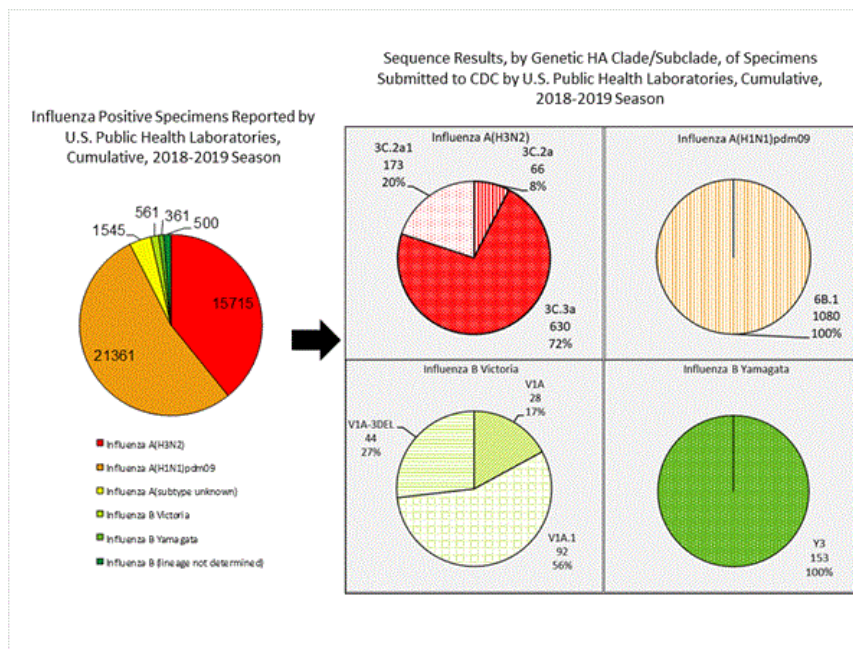
hurón) al A/Michigan/45/2015 (6B.1), un virus de referencia propagado en cultivo celular similar al A/Michigan/45/2015 que representa al componente A(H1N1)pdm09 recomendado para las vacunas contra la influenza de la temporada 2018-19 en el hemisferio norte.

- **A (H3N2):** el análisis filogenético de los genes HA de 869 virus A(H3N2) reveló una diversidad genética generalizada con múltiples clados y subclados en circulación simultáneamente. Los genes HA de los virus en circulación pertenecían al clado 3C.2a (n=66), subclado 3C.2a1 (n=173) o al clado 3C.3a (n=630). Trescientos ochenta y dos virus de influenza A(H3N2) fueron caracterizados antigénicamente por FRA con antisuero de hurón, y 168 (44 %) se inhibieron con eficacia (y reaccionaron a valores que eran 4 veces el valor del virus homólogo) mediante antisuero de hurón aplicado contra A/Singapur/INFIMH-16-0019/2016 (3C.2a1), un virus de referencia propagado en cultivo celular que representa el componente A(H3N2) de las vacunas contra la influenza de la temporada 2018-19 para el hemisferio norte. Doscientos catorce (56 %) virus reaccionaron escasamente (a valores 8 veces menores en comparación con el valor del virus homólogo A/Singapur/INFIMH-16-0019/2016, o incluso menos) y de esos, 213 (99,5 %) pertenecieron al clado 3C.3a.

Virus de la influenza B

- **B/Victoria:** el análisis filogenético de 164 virus de linaje B/Victoria indica que todos los genes HA pertenecían al clado genético V1A; no obstante, surgieron subclados genéticos que son antigénicamente diferentes. Los subclados genéticos que son antigénicamente diferentes incluyen virus con eliminación de dos aminoácidos (162-163) en la proteína HA (V1A.1, abreviado anteriormente como V1A-2Del) y virus con eliminación de tres aminoácidos (162-164) en la proteína HA (abreviado como V1A-3Del). Ciento ocho virus de linaje B/Victoria se caracterizaron antigénicamente y 82 (75,9 %) resultaron ser antigénicamente similares mediante antisuero de hurón aplicado contra el virus de referencia similar al B/Colorado/06/2017 V1A.1 propagado en cultivo celular. Veintiséis virus (24,1 %) reaccionaron escasamente (a valores 8 veces menores en comparación con el valor del virus homólogo, o incluso menos) y pertenecieron al clado V1A o a un subclado genético V1A-3Del.
- **B/Yamagata:** el análisis filogenético de 153 virus de influenza de la línea B/Yamagata indican que los genes HA pertenecían al clado Y3. Un total de 137 virus de influenza del linaje B/Yamagata se caracterizaron antigénicamente y todos resultaron antigénicamente similares al B/Phuket/3073/2013 (Y3) propagado en cultivo celular, el virus de la vacuna de referencia que representa el componente de influenza del linaje B/Yamagata de las vacunas tetravalentes para la temporada 2018-19 en el hemisferio norte.

La mayoría de los virus de los EE. UU. presentados para su caracterización provienen de laboratorios de salud pública estatales y locales. Debido a las consideraciones del [Plan de acción de reestructuración](#), las directrices de presentación de los especímenes para los laboratorios indican que, cuando sea posible, se presenten semana de por medio 2 virus de influenza A(H1N1)pdm09, 2 virus de influenza A(H3N2) y 2 virus de influenza B. De este modo, la cantidad de tipos y subtipos de cada virus caracterizado debería ser más equilibrada para todos los subtipos/linajes, pero no reflejará la proporción real de los virus en circulación. En la figura a continuación, los resultados de las pruebas realizadas por los laboratorios de salud pública se muestran a la izquierda, y los resultados de las secuencias de los CDC (por clado/subclado genético) se muestran a la derecha.



[Ver datos del cuadro](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

Temporada de influenza 2019-2020 - Composición de la vacuna contra la influenza 2019-2020 en EE. UU.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó la composición de la vacuna contra la influenza 2019-2020 del hemisferio norte y el Comité Asesor sobre Vacunas y Productos Biológicos Relacionados (VRBPAC, por sus siglas en inglés) de la Administración de Medicamentos y Alimentos posteriormente recomendó la composición de la vacuna contra la influenza para los Estados Unidos. Ambas agencias recomiendan las vacunas trivalentes contra la influenza que contienen:

- un virus similar al A/Brisbane/02/2018 (H1N1)pdm09
- un virus similar al A/Kansas/14/2017 (H3N2) y
- un virus similar al B/Colorado/06/2017 (linaje B/Victoria)

Se recomienda que las vacunas tetravalentes que tienen dos virus de la influenza B contengan también los virus que se recomiendan para las vacunas trivalentes y un virus similar al B/Phuket/3073/2013 (linaje B/Yamagata). Las recomendaciones del (H1N1)pdm09 y el H3N2 representan una actualización para las vacunas de la temporada 2018-2019 para el hemisferio norte. Las recomendaciones de la vacuna se realizaron de acuerdo con varios factores, tales como la vigilancia epidemiológica y virológica de la influenza a nivel mundial, la caracterización genética, la caracterización antigénica y los virus candidatos para la vacuna que están disponibles para la producción.

Resistencia antiviral:

Las pruebas de los virus de influenza A(H1N1)pdm09, influenza A(H3N2) e influenza B para detectar la resistencia a los inhibidores de la neuraminidasa (oseltamivir, zanamivir y peramivir) se realizaron en los CDC mediante un análisis de secuenciación de última generación y/o una prueba funcional. Las secuencias de neuraminidasa de los virus son analizadas para detectar la presencia de sustituciones de los aminoácidos, [asociada anteriormente a una inhibición reducida o altamente reducida por cualquiera de los tres inhibidores de la neuraminidasa](#). Además, analizamos un subgrupo de virus mediante el uso de una prueba de inhibición de la neuraminidasa con tres inhibidores de la neuraminidasa. El nivel de la inhibición de la actividad de la neuraminidasa se reporta a través de [los umbrales recomendados por un Grupo de trabajo de expertos de la Organización Mundial de la Salud del Sistema de respuesta y vigilancia de la influenza a nivel mundial \(GISRS, por sus siglas en inglés\)](#). Estas muestras se obtienen de manera rutinaria para la vigilancia más que para la prueba de diagnóstico de los pacientes que se sospecha tienen un virus con resistencia antiviral.

A fines de esta temporada comenzarán a reportarse las pruebas de susceptibilidad del baloxavir durante la temporada de la influenza 2018-2019. Puede encontrar más información acerca de la resistencia a los medicamentos antivirales contra la influenza, [aquí](#).

Altos niveles de resistencia a los adamantanos (amantadina y rimantadina) persisten entre los virus de influenza A (H1N1)pdm09 e influenza A (H3N2) (los adamantanos no son efectivos contra los virus de influenza B). Por lo tanto, los datos de las pruebas de resistencia a la amantadina no se presentan a continuación.

Evaluación de la susceptibilidad del virus a los inhibidores de la neuromidasa mediante el análisis de secuenciación de última generación y/o la prueba de inhibición de la neuraminidasa

Tipo/subtipo o linaje	Inhibición de la actividad de la neuraminidasa mediante medicamentos antivirales								
	Oseltamivir			Peramivir			Zanamivir		
	Virus sometidos a prueba (n)	Reducida, cantidad (%)	Altamente reducida, cantidad (%)	Virus sometidos a prueba (n)	Reducida, cantidad (%)	Altamente reducida, cantidad (%)	Virus sometidos a prueba (n)	Reducida, cantidad (%)	Altamente reducida, cantidad (%)
Virus en total	2 203	2 (0,1 %)	3 (0,1 %)	2 203	0 (0 %)	3 (0,1 %)	2 203	0 (0 %)	0 (0 %)
A(H1N1)pdm09	1 059	2 (0,2 %)	3 (0,3 %)	1 059	0 (0 %)	3 (0,3 %)	1 059	0 (0 %)	0 (0 %)
A(H3N2)	847	0 (0 %)	0 (0 %)	847	0 (0 %)	0 (0 %)	847	0 (0 %)	0 (0 %)
B/Victoria	151	0 (0 %)	0 (0 %)	151	0 (0 %)	0 (0 %)	151	0 (0 %)	0 (0 %)
B/Yamagata	146	0 (0 %)	0 (0 %)	146	0 (0 %)	0 (0 %)	146	0 (0 %)	0 (0 %)

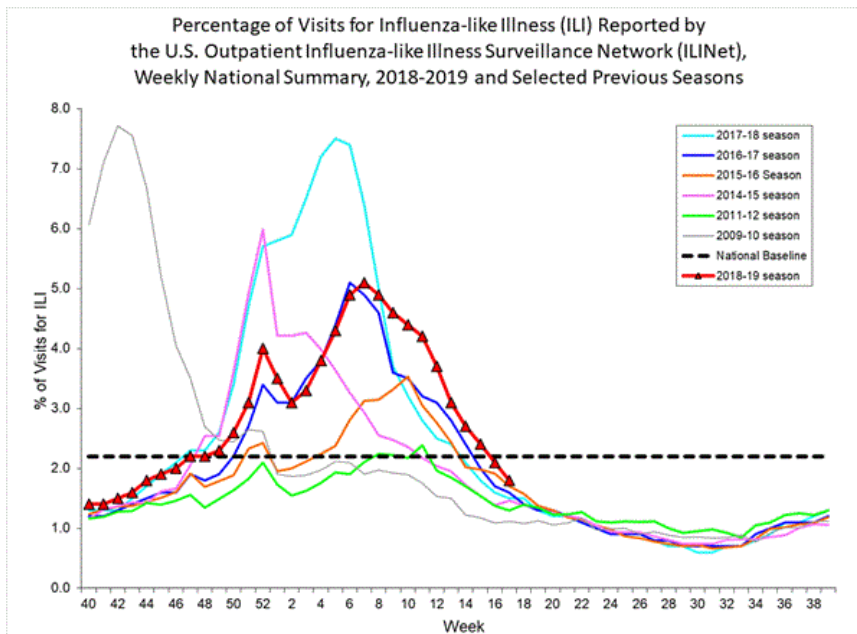
Se recomienda comenzar con el tratamiento antiviral lo antes posible en pacientes con influenza presunta o confirmada que padezcan una enfermedad progresiva, con complicaciones y grave, que requieran hospitalización o que estén [en alto riesgo](#) de presentar complicaciones graves relacionadas con la influenza. Hay más información disponible sobre las recomendaciones para el tratamiento y la quimioprofilaxis de la infección por el virus de la influenza con agentes antivirales en: <http://www.cdc.gov/flu/antivirals/index.htm>.

Vigilancia de enfermedades en pacientes ambulatorios

En todo el país durante la semana 17, el 1,8 % de las consultas de pacientes reportadas a la Red de vigilancia de enfermedades similares a la influenza en pacientes ambulatorios en los EE. UU. (ILINet) se debieron a enfermedades similares a la influenza (ILI). Este porcentaje está por debajo del nivel de referencia nacional del 2,2 %. *(Las ILI se definen como fiebre (con una temperatura de 100 °F [37,8 °C] o superior), tos y/o dolor de garganta).*

A nivel regional, el porcentaje de consultas de pacientes ambulatorios por enfermedades similares a la influenza estuvo entre el 0,9 % y el 2,8 % durante la semana 17. Todas las regiones reportaron un porcentaje de consultas de pacientes ambulatorios por ILI que se encuentra por debajo de los niveles de referencia específicos de la región.

Hay más datos disponibles sobre consultas médicas por ILI durante temporadas anteriores y la temporada actual y por ubicación geográfica (a nivel nacional, región del HHS o ciertos estados) en FluView Interactive <http://gis.cdc.gov/grasp/fluview/fluportaldashboard.html>.



[Ver gráficos y datos de niveles nacionales y regionales](#) | [Ver datos del cuadro](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

Mapa indicador de la actividad estatal de ILINet:

La información recopilada en ILINet se usa para medir la actividad de ILI * por estado. Los niveles de actividad se basan en el porcentaje de consultas ambulatorias en un estado a causa de este tipo de enfermedades y se los compara con el porcentaje promedio de consultas a causa por ILI que se realizan durante las semanas con una circulación de virus de influenza poco significativa o nula. Los niveles de actividad van de mínimo, que correspondería a una actividad de ILI en clínicas ambulatorias que esté por debajo, o ligeramente por encima, del promedio; a alto, que correspondería a una actividad de ILI en clínicas ambulatorias que sea muy superior al promedio.

El mapa indicador de la actividad de ILI muestra los niveles de actividad específicos de cada estado durante varias temporadas y autoriza una representación visual de la actividad relativa de estado a estado. Hay más información disponible en FluView Interactive en <https://gis.cdc.gov/grasp/fluview/main.html>.

Durante la semana 17, se experimentaron los siguientes niveles de actividad de enfermedades similares a la influenza:

- Puerto Rico experimentó un alto nivel de actividad de ILI.
- Cuatro estados (Alaska, Arizona, Kentucky y Luisiana) experimentaron una baja actividad de ILI.
- La Ciudad de Nueva York, el Distrito de Columbia y 46 estados (Alabama, Arkansas, California, Colorado, Connecticut, Delaware, Florida, Georgia, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Maine, Maryland, Massachusetts, Michigan, Minnesota, Misisipi, Misuri, Montana, Nebraska, Nevada, Nuevo Hampshire, Nueva Jersey, Nuevo México, Nueva York, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Ohio, Oklahoma, Oregón, Pensilvania, Rhode Island, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Tennessee, Texas, Utah, Vermont, Virginia, Washington, Virginia Occidental, Wisconsin y Wyoming) experimentaron una actividad mínima de ILI.
- Los datos no fueron suficientes para calcular el nivel de actividad de ILI de las Islas Vírgenes de los EE. UU.

*Este mapa utiliza la proporción de consultas ambulatorias a proveedores de la atención médica por ILI para medir los niveles de actividad de ILI dentro de un estado. Sin embargo, no mide el grado de propagación geográfica de la influenza dentro de un estado. Por lo tanto, los brotes que se produzcan en una sola ciudad pueden hacer que el estado muestre altos niveles de actividad.

La información recopilada por ILINet puede representar desproporcionadamente a ciertas poblaciones dentro de un estado y, por lo tanto, puede no describir con exactitud el panorama completo de la actividad de la influenza para todo el estado.

La información que se muestra en este mapa se basa en información recopilada por ILINet, mientras que el mapa de actividad de la influenza estatal y territorial se basa en informes de epidemiólogos estatales y territoriales. Los datos que se presentan en este mapa son preliminares y pueden cambiar a medida que se reciba más información.

Las diferencias en la información presentada aquí por los CDC y de forma independiente por algunos departamentos de salud del estado probablemente representan distintos niveles de completitud en la información; la información presentada por el estado probablemente sea la más completa.

Propagación geográfica de la influenza según epidemiólogos territoriales y estatales

La actividad de la influenza informada por epidemiólogos estatales y territoriales indica la diseminación geográfica de los virus de influenza, pero no mide la gravedad de la actividad de la influenza. Hay más datos disponibles que muestran la actividad de la influenza reportada por epidemiólogos estatales y territoriales durante las temporadas anteriores y la temporada actual en FluView Interactive en <https://gis.cdc.gov/grasp/fluview/FluView8.html>

Durante la semana 17, se reportó la siguiente actividad de la influenza:

- Se reportó actividad generalizada de la influenza en tres estados (Connecticut, Massachusetts y Nueva York).
- Puerto Rico y siete estados (Arizona, Georgia, Maine, Nevada, Ohio, Rhode Island y Utah) reportaron actividad de la influenza a nivel regional.
- 18 estados (Delaware, Florida, Kentucky, Luisiana, Maryland, Michigan, Minnesota, Misisipi, Montana, Nuevo Hampshire, Nuevo México, Carolina del Norte, Dakota del Norte, Pensilvania, Tennessee, Washington, Virginia Occidental y Wisconsin) reportaron actividad de la influenza a nivel local.
- El Distrito de Columbia, las Islas Vírgenes de los EE. UU. y 22 estados (Alabama, Alaska, Arkansas, California, Colorado, Hawái, Idaho, Illinois, Indiana, Iowa, Kansas, Misuri, Nebraska, Nueva Jersey, Oklahoma, Oregón, Carolina del Sur, Dakota del Sur, Texas, Vermont, Virginia y Wyoming) reportaron actividad esporádica de la influenza.
- Guam no presentó ningún informe.

Hospitalizaciones asociadas a la influenza:

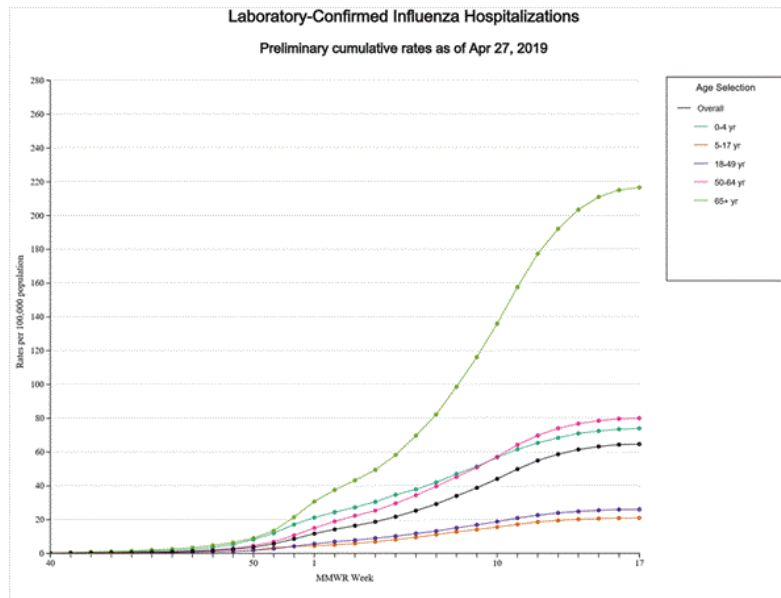
La Red de Vigilancia de Hospitalizaciones por Influenza (FluSurv-NET) lleva adelante tareas de vigilancia con base en la población para detectar hospitalizaciones relacionadas con la influenza en ciertos condados en los estados del Programa de Infecciones Emergentes (EIP, por sus siglas en inglés) y en estados con Proyecto de vigilancia de hospitalizaciones asociadas a la influenza (IHSP, por sus siglas en inglés).

Entre el 1 de octubre del 2018 y el 27 de abril del 2019, los sitios de FluSurv-NET reportaron un total de 18 691 hospitalizaciones asociadas a la influenza confirmadas por laboratorio. La tasa general de hospitalizaciones fue de 64.7 cada 100 000 habitantes. La tasa más alta de hospitalizaciones se produjo entre adultos $\geq$ de 65 años (216.6 por cada 100 000 habitantes), seguido de adultos de 50-64 años (80 por cada 100 000 habitantes) y niños de 0-4 años (74 por cada 100 000 habitantes). De entre 18 691 hospitalizaciones, 17 855 (95,5 %) estuvieron relacionadas al virus de influenza A, 689 (3,7 %) al virus de influenza B, 43 (0,2 %) a una coinfección por los virus de influenza A y B, y 104 (0,6 %) a un tipo de virus de influenza no determinado. Entre aquellos que tenían infección por el subtipo de influenza A, 3 129 (53,8 %) tenían el virus A(H1N1)pdm09 y 2 682 (46,2 %) tenían el virus A(H3N2).

De entre 3 566 adultos hospitalizados que padecían afecciones médicas subyacentes, 91,3 % tenían al menos una enfermedad subyacente declarada; las más frecuentes fueron enfermedades cardiovasculares, trastornos metabólicos y obesidad. De entre 667 niños hospitalizados con afecciones médicas subyacentes, 50,2 % tenían al menos una enfermedad subyacente; la más reportada fue el asma. De entre 519 mujeres en edad reproductiva hospitalizadas (15 a 44 años) con información sobre el estado del embarazo, el 27,6 % estaba embarazada.

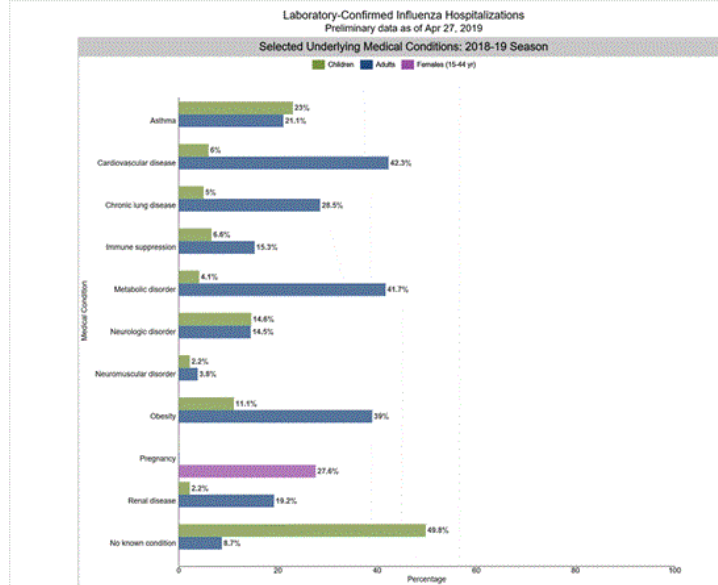
Hay más datos de FluSurv-NET sobre las tasas de hospitalización durante las temporadas anteriores y la temporada actual y los diferentes grupos etarios (incluidas las tasas para pacientes de 65-74 años, 74-84 años y 85 años de edad en adelante), además de datos sobre las características de los pacientes (como el tipo de virus de la influenza, la información clínica y demográfica) disponibles en FluView Interactive en: <http://gis.cdc.gov/GRASP/Fluview/FluHospRates.html> y en <http://gis.cdc.gov/grasp/fluview/FluHospChars.html>.

Los datos de FluSurv-Net son utilizados para generar las estimaciones a nivel nacional de la cantidad total de casos de influenza, consultas médicas, hospitalizaciones y casos de muerte. Esta temporada, los CDC reportan estimaciones acumulativas preliminares durante la temporada, las cuales están disponibles en <https://cdc.gov/flu/about/burden/preliminary-in-season-estimates.htm>.



Datos de la Red de Vigilancia de Hospitalizaciones por Influenza (FluSurv-Net), un sistema de vigilancia de la población para detectar hospitalizaciones de niños y adultos, relacionadas con la influenza, en 13 estados de los EE. UU. Las tasas de incidencia acumulativa se obtienen a través de los cálculos poblacionales del Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) para los condados incluidos en el área de vigilancia.

[Ver aplicación interactiva](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)



Los datos de FluSurv-NET son preliminares y se muestran a medida que están disponibles. Por lo tanto, los índices se calculan de acuerdo con diversos denominadores ya que algunas variables representan información que posiblemente requiera mayor tiempo de recopilación. Los datos se renuevan y actualizan de forma semanal. El asma incluye un diagnóstico médico de asma o una enfermedad respiratoria reactiva; las enfermedades cardiovasculares incluyen afecciones como la insuficiencia cardíaca coronaria, valvulopatías cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva e hipertensión pulmonar; no incluye la hipertensión aislada; las enfermedades pulmonares crónicas incluyen afecciones tales como enfermedad pulmonar obstructiva crónica, bronquiolitis obliterante, neumonía crónica por aspiración y enfermedad pulmonar intersticial; la inmunosupresión incluye afecciones tales como la deficiencia de inmunoglobulina, leucemia, linfoma, VIH/SIDA y personas que toman medicamentos inmunosupresores; los trastornos metabólicos incluyen afecciones tales

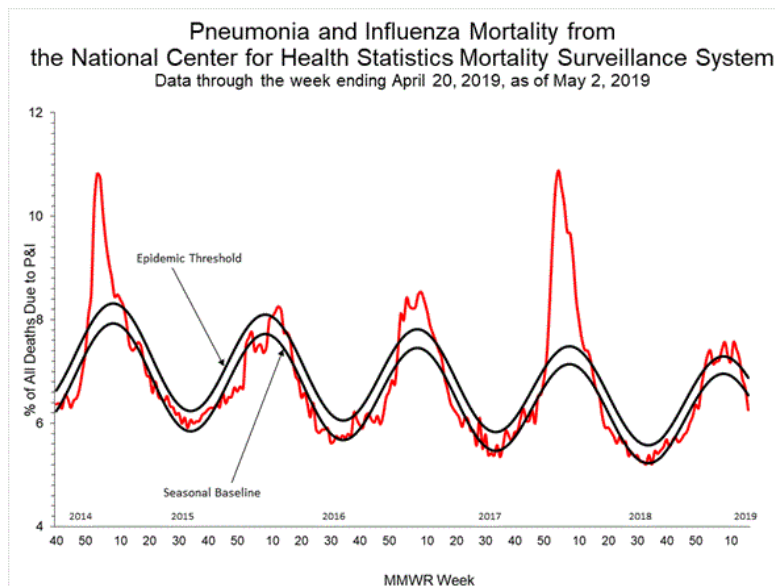
como la diabetes mellitus; las enfermedades neurológicas incluyen afecciones como trastornos convulsivos, parálisis cerebral y disfunción cognitiva; las enfermedades neuro-musculares incluyen afecciones tales como esclerosis múltiple y distrofia muscular; la obesidad se asignó en aquellos casos indicados en la historia clínica del paciente o cuando el índice de masa corporal (IMC) superaba los 30 kg/m²; el porcentaje de embarazo se calculó con una cantidad de casos de mujeres de entre 15 y 44 años como denominador; las enfermedades renales incluyen afecciones tales como insuficiencia renal aguda o crónica, síndrome nefrótico, glomerulonefritis y depuración de creatinina reducida; sin afección conocida indica que los casos no tenían ninguna afección médica conocida de alto riesgo declarada en la historia clínica al momento de la hospitalización.

[Ver aplicación interactiva](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

Vigilancia de la mortalidad a causa de neumonía e influenza (N e I):

De acuerdo con los datos de vigilancia de la mortalidad puestos a disposición por el Centro Nacional de Estadísticas de Salud (NCHS) el 2 de mayo del 2019, el 6,3 % de las muertes que ocurrieron durante la semana que finalizó el 20 de abril del 2019 (semana 16) se debió a casos de neumonía e influenza. Este porcentaje se encuentra por debajo del nivel de epidemia del 6,9 % para la semana 16.

Hay más datos disponibles sobre la mortalidad a raíz de la influenza y la neumonía durante temporadas anteriores y la temporada actual y por ubicación geográfica (a nivel nacional, región del HHS o estatal) en FluView Interactive <http://gis.cdc.gov/grasp/fluview/mortality.html>. Los datos expuestos a nivel estatal y regional son incorporados por el estado de residencia del difunto.



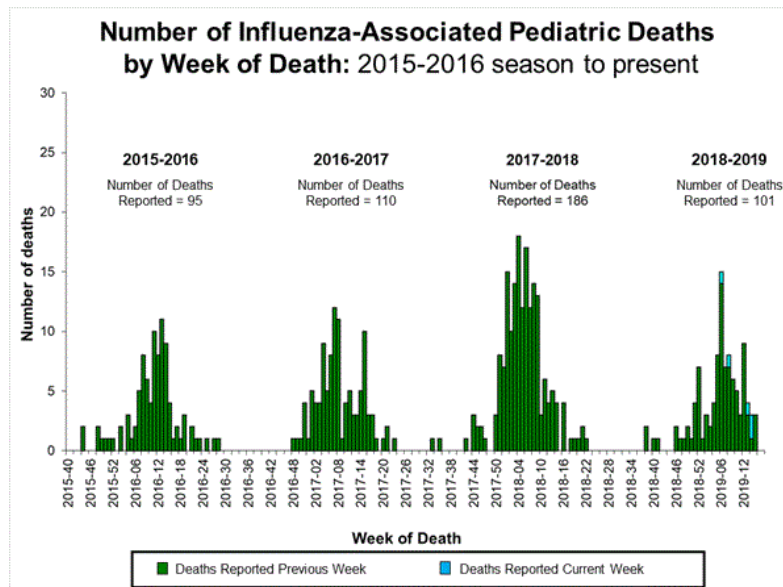
[Ver datos a nivel regional y estatal](#) | [Ver datos del cuadro](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

Mortalidad infantil asociada a la influenza:

Se reportaron a los CDC sobre cinco muertes pediátricas asociadas a la influenza durante la semana 17. Tres muertes estuvieron asociadas al virus de influenza A(H3) y ocurrieron durante las semanas 6, 13 y 14 (las semanas que finalizaron el 9 de febrero, el 30 de marzo y el 6 de abril del 2019). Hubo dos muertes asociadas a un virus de influenza A, el cual no se subtipificó, y ocurrieron durante las semanas 8 y 14 (las semanas que finalizaron el 23 de febrero y el 6 de abril del 2019, respectivamente).

Se reportaron a los CDC 101 muertes pediátricas en total asociadas a la influenza, las cuales ocurrieron durante la temporada 2018-2019.

Hay más información disponible sobre muertes pediátricas asociadas a la influenza, que incluye datos demográficos, afecciones subyacentes, coinfecciones bacterianas y lugar de muerte durante las temporadas anteriores y la temporada actual, en FluView Interactive <http://gis.cdc.gov/GRASP/Fluview/PedFluDeath.html>.



[Ver aplicación interactiva](#) | [Ver pantalla completa](#) | [Ver presentación en PowerPoint](#)

Información de vigilancia adicional sobre la influenza a nivel nacional e internacional

FluView Interactive: FluView incluye aplicaciones interactivas mejoradas basadas en la web que pueden ofrecer visualizaciones dinámicas de los datos sobre la influenza recopilados y analizados por los CDC. Estas aplicaciones interactivas de FluView Interactive permiten a las personas crear interpretaciones visuales personalizadas de los datos sobre la influenza, además de hacer comparaciones entre las temporadas de influenza, las regiones, los grupos etarios y una variedad de otros datos demográficos. Para acceder a estas herramientas, visite <http://www.cdc.gov/flu/weekly/fluviewinteractive.htm>.

Vigilancia de la influenza a nivel estatal y local en los EE. UU.: haga clic en una jurisdicción a continuación para acceder a la última información local sobre la influenza.

Organización Mundial de la Salud: hay información adicional de vigilancia de la influenza generada por naciones participantes que forman parte de la OMS disponible a través de [FluNet](#) y de los [Informes de epidemiología mundial](#).

Centros sobre la influenza que colaboran con la OMS ubicados en [Australia](#), [China](#), [Japón](#), el [Reino Unido](#) y los [Estados Unidos](#) (los CDC en Atlanta, Georgia).

Europa: para acceder a la información más reciente de vigilancia de la influenza en Europa, visite la OMS/Europa y el Centro Europeo para la Prevención y el Control de Enfermedades en <http://www.flunewseurope.org/>.

Agencia de Salud Pública de Canadá: la información más actualizada sobre la influenza en Canadá está disponible en <http://www.phac-aspc.gc.ca/fluwatch/>

Salud Pública de Inglaterra: la información más actualizada sobre la influenza en el Reino Unido está disponible en <https://www.gov.uk/government/statistics/weekly-national-flu-reports>

Todos los enlaces a organizaciones que no pertenecen al Gobierno Federal se brindan únicamente como un servicio a nuestros usuarios. Estos enlaces no constituyen un aval a estas organizaciones o a sus programas por parte de los CDC o el Gobierno Federal, y no debería hacerse inferencia alguna al respecto. Los CDC no son responsables del contenido que se encuentra en los enlaces de los sitios web de cada una de las organizaciones.

Hay una referencia general del sistema de vigilancia de la influenza de los CDC, incluyendo su metodología y descripciones detalladas de cada componente, disponible en: <http://www.cdc.gov/flu/weekly/overview.htm>.
