

Review of the 2014 influenza season in the southern hemisphere

This report summarizes the epidemiology and virology of the influenza season in the temperate regions of the southern hemisphere and the tropical regions of South and Central America, from January to early October 2014. The data presented were derived primarily from surveillance reports published by national ministries of health or other official bodies reporting on their behalf, or reported to WHO through FluNet and FluID.^{1,2}

Transmission characteristics, morbidity and mortality data are presented by geographic region: southern cone of South America, tropical South America, Central America and the Caribbean, South Africa, Australia and New Zealand. Distributions of virus subtypes by transmission zone are shown in *Map 1*. Although detections of influenza in the northern hemisphere are generally sporadic and at low levels during the southern hemisphere winter months, the distributions of the northern hemisphere subtypes are included in the map, but not detailed in the text of this report.

Southern cone of South America

Transmission

The timing of the 2014 influenza season was similar in the countries of the southern cone of South America. Argentina, Chile, Paraguay and Uruguay began reporting increasing influenza activity at the beginning of May, with a peak in early July. As of early October, influenza detections were low but ongoing across the southern cone. The timing of the 2014 influenza season was similar to the 2013 season in Argentina, Paraguay, and Uruguay, but activity peaked about 3 weeks later in Chile than in 2013. In Argentina and Chile the timing of the influenza

Bilan de la saison grippale 2014 dans l'hémisphère Sud

Le présent rapport récapitule l'épidémiologie et la virologie de la saison grippale dans les régions tempérées de l'hémisphère Sud et dans les régions tropicales d'Amérique du Sud et d'Amérique centrale, de janvier à début octobre 2014. Les données présentées ici ont été soit tirées des rapports de surveillance publiés par les ministères de la santé ou par les organismes officiels agissant en leur nom, soit communiquées à l'OMS par le canal de FluNet et FluID.^{1,2}

Les caractéristiques de la transmission, ainsi que les données sur la morbidité et la mortalité, sont présentées selon les régions géographiques: Cône austral de l'Amérique du Sud, Amérique du Sud tropicale, Amérique centrale et Caraïbes, Afrique du Sud, Australie et Nouvelle-Zélande. La *Carte 1* donne la répartition des sous-types viraux en fonction des zones de transmission. Bien que les détectations de cas de grippe dans l'hémisphère Nord soient en général sporadiques et à un faible niveau pendant la période hivernale de l'hémisphère Sud, la répartition des sous-types de l'hémisphère Nord est indiquée sur la carte, mais pas décrite en détail dans le corps du présent document.

Cône austral de l'Amérique du Sud

Transmission

La chronologie de la saison grippale 2014 a été analogue dans tous les pays du Cône austral de l'Amérique du Sud. L'Argentine, le Chili, le Paraguay et l'Uruguay ont commencé à signaler une augmentation de l'activité grippale début mai, avec un pic début juillet. Début octobre, les détectations de virus grippaux étaient à un faible niveau mais continues dans l'ensemble du Cône austral. Le déroulement de la saison grippale 2014 a été semblable à celui de 2013 en Argentine, au Paraguay et en Uruguay, mais l'activité a culminé au Chili environ 3 semaines plus tard qu'en 2013. En Argentine et au Chili, la chronologie

**WORLD HEALTH
ORGANIZATION
Geneva**

**ORGANISATION MONDIALE
DE LA SANTÉ
Genève**

Annual subscription / Abonnement annuel

Sw. fr. / Fr. s. 346.—

11.2014

ISSN 0049-8114

Printed in Switzerland

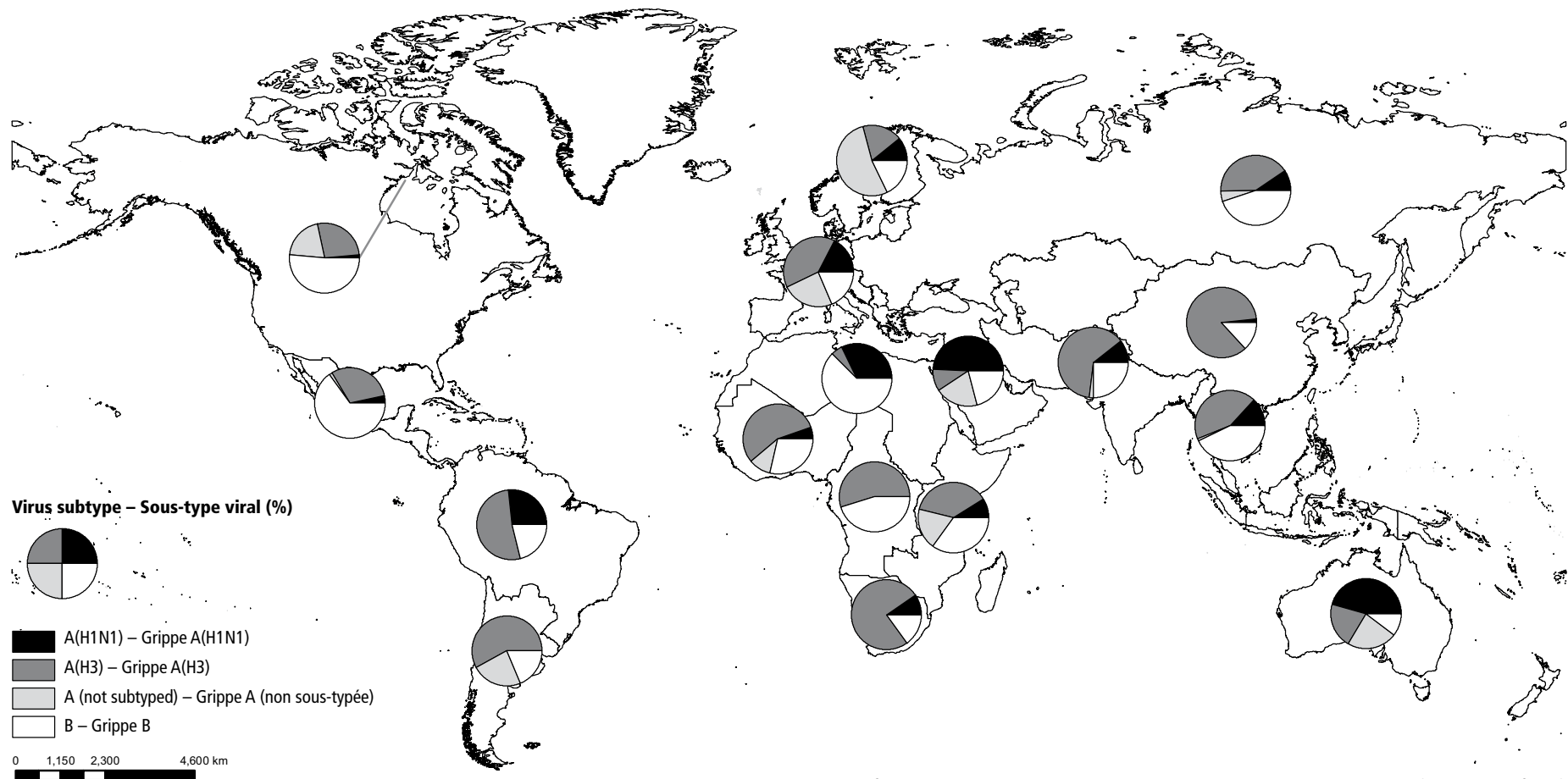
¹ FluNet can be accessed online at http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/fluNet/en/; accessed October 2014

² FluID can be accessed online at http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/fluID/en/; accessed October 2014

¹ FluNet est accessible en ligne à l'adresse: http://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/fluNet/en/; consulté en octobre 2014.

² FluID est accessible en ligne à l'adresse: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/fluID/en/; consulté en octobre 2014.

Map 1 **Distribution of influenza virus subtypes by influenza transmission zone, May–October 2014**
 Carte 1 **Distribution des sous-types de virus grippaux selon la zone de transmission, mai-octobre 2014**



Note: the available country data were joined in larger geographical areas with similar influenza transmission patterns to be able to give an overview (www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/EN_GIP_Influenza_transmission_zones.pdf). – Note: les données disponibles relatives aux pays ont été regroupées par zones géographiques plus larges où les modalités de transmission sont similaires de manière à fournir un tableau synoptique (www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/EN_GIP_Influenza_transmission_zones.pdf).

The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement. – Les appellations employées dans la présente publication et la présentation des données qui y figurent n'impliquent de la part de l'Organisation mondiale de la Santé aucune prise de position quant au statut juridique des pays, territoires, villes ou zones, ou de leurs autorités, ni quant au tracé de leurs frontières ou limites. Les lignes en pointillé sur les cartes représentent des frontières approximatives dont le tracé peut ne pas avoir fait l'objet d'un accord définitif.

© WHO 2014. All rights reserved. – © OMS 2014. Tous droits réservés.

Source: FluNet (www.who.int/fluNet), Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS). Data in WHO/HQ as of 20 May 2014. – Source: FluNet (www.who.int/fluNet), Système mondial de surveillance de la grippe et de riposte (GISRS). Données disponibles au siège de l'OMS, 20 mai 2014.

season was similar in 2014 to the average over the last 11 years (excluding 2009, *Figure 1*). In Paraguay, the season was about a month later than the historical average, and in Uruguay the 2014 season was 2–3 weeks later than average.

Overall, influenza A(H3N2) virus circulation predominated, unlike the 2013 season during which influenza A(H1N1)pdm09 virus was the most commonly detected influenza virus. However, respiratory syncytial virus (RSV) vastly predominated among all respiratory viruses in all 4 countries. Low levels of influenza B circulation were also reported in Argentina, Chile, and Paraguay (*Map 1*).

In Chile, of 10 867 samples that tested positive for respiratory viruses from January through early October 2014, 62% were positive for RSV, 14% for influenza A, and 2% for influenza B.

In Argentina, of 17 783 samples positive for respiratory viruses from January through early October, 77% were positive for RSV and 12% were positive for influenza. Nearly half of the influenza positive samples ($n = 2117$) were influenza A(H3N2) (46%), while 22% were influenza B, and <1% influenza A(H1N1)pdm09.

In Paraguay, of 3071 severe acute respiratory infection (SARI) samples tested between January and late September, 27.8% were positive for a respiratory virus; RSV accounted for the greatest percentage (54%), and influenza A(H3N2) virus made up 11% of the positive samples, 4% were positive for influenza B, and 8% were reported as untyped influenza A.

Morbidity and mortality

In Chile, the burden of the 2014 influenza season was lower than that of 2013. Sentinel influenza-like illness (ILI) surveillance showed a cumulative rate of 285 cases per 100 000 population as of mid-October, indicating a 10% decrease from the 2013 rate of 316 per 100 000. The percentage of emergency department consultations attributed to ILI was similar to 2013 values, and peaked at 1.7% of consultations in the first week of July; RSV predominated among ILI cases in both the 2013 and 2014 seasons. There were 2949 cases of severe acute respiratory infection (SARI) reported from sentinel sites as of early October 2014, with 130 deaths, similar to the number of deaths reported in 2013 ($n = 124$). Of the 130 deaths, 16 were attributed to influenza A (12%) and 3 to influenza B (2%). Most SARI cases due to influenza were caused by influenza A (266 cases), and 99.6% of influenza A samples subtyped were influenza A(H3N2). Of the 825 SARI cases that were positive for influenza A(H3N2), 14% required admission to intensive-care units (ICU), lower than in last year (18%) but higher than in 2012 (12%).

In Argentina, the cumulative ILI rate through the end of August was 26% lower than in 2013, at 1686 per 100 000. SARI surveillance, however, showed an increase of 11% over the 2013 season, with a cumulative rate of 106 cases per 10 000 population through late August. A majority of the cases positive for a respiratory virus were found in the age group <2 years, accounting for 12 849 of the 29 744 positive samples.

In Paraguay, the ILI burden was higher in the 2014 season compared to previous years, with the exception of

de la saison grippale 2014 a été analogue à la moyenne des 11 dernières années (à l'exception de 2009, *Figure 1*). Au Paraguay, la saison a eu un retard d'environ un mois par rapport à la moyenne historique et en Uruguay, la saison 2014 a été en retard de 2 à 3 semaines par rapport à la moyenne.

Globalement, on a observé une circulation prédominante du virus grippal A(H3N2), contrairement à la saison 2013 au cours de laquelle le virus grippal A(H1N1)pdm09 était le plus couramment détecté. Néanmoins, il y a eu une large prépondérance du virus respiratoire syncytial (VRS) parmi l'ensemble des virus respiratoires dans les 4 pays. On a également signalé une circulation de virus grippaux B de faible niveau en Argentine, au Chili et au Paraguay (*Carte 1*).

Au Chili, sur les 10 867 échantillons ayant donné des résultats positifs à la recherche de virus respiratoires de janvier à début octobre 2014, 62% étaient positifs pour le VRS, 14% pour la grippe A et 2% pour la grippe B.

En Argentine, sur les 17 783 échantillons ayant donné des résultats positifs à la recherche de virus respiratoires de janvier à début octobre, 77% étaient positifs pour le VRS et 12% pour la grippe. Près de la moitié des échantillons positifs pour la grippe ($n = 2117$) renfermaient un virus grippal A(H3N2) (46%), 22% un virus grippal B et <1% un virus grippal A(H1N1)pdm09.

Au Paraguay, sur les 3071 échantillons provenant de cas d'infection respiratoire aiguë sévère (IRAS) analysés entre janvier et fin septembre, 27,8% étaient positifs pour un virus respiratoire; le VRS représentait la plus forte proportion (54%) et le virus grippal A(H3N2) était présent dans 11% des échantillons positifs, 4% contenaient un virus grippal B et on a signalé 8% de virus grippaux A non sous-typés.

Morbidité et mortalité

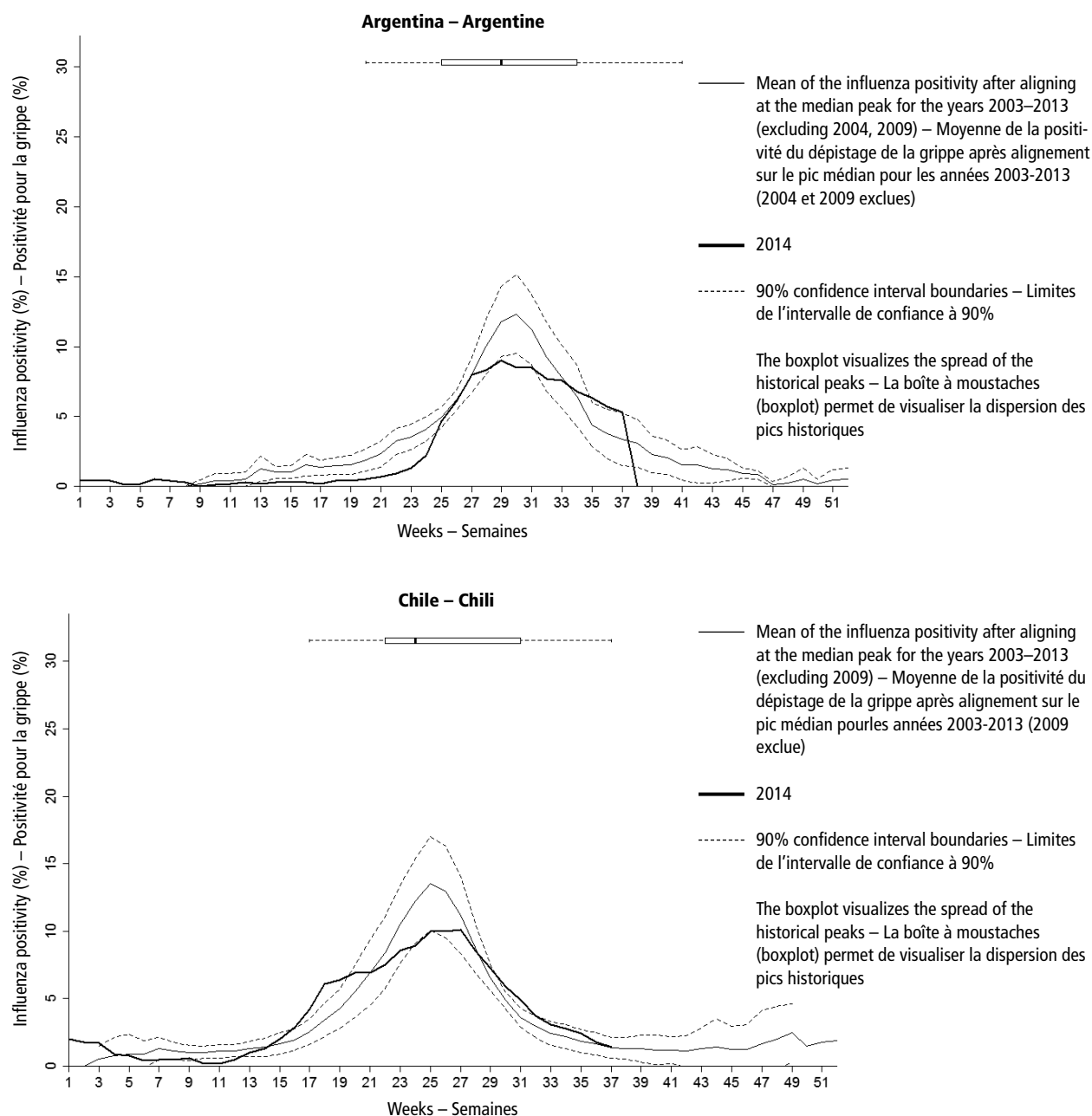
Au Chili, la charge de morbidité pour la saison grippale 2014 a été inférieure à celle de 2013. La surveillance des syndromes de type grippal (STG) par réseau sentinelle a révélé un taux cumulé de 285 cas pour 100 000 habitants à la mi-octobre, soit une baisse de 10% par rapport au taux de 2013, qui était de 316 pour 100 000. Le pourcentage des consultations dans les services d'urgence attribuées à des STG a été semblable à sa valeur en 2013 et a atteint un pic de 1,7% des consultations au cours de la première semaine de juillet. Le VRS a prédominé dans les cas de STG au cours des 2 saisons, 2013 et 2014. Au début du mois d'octobre 2014, les sites du réseau sentinelle avaient signalé 2949 cas d'IRAS, avec 130 décès, un chiffre similaire à celui déclaré en 2013 ($n = 124$). Sur les 130 décès, 16 ont été attribués à la grippe A (12%) et 3 à la grippe B (2%). La plupart des cas d'IRAS dus à la grippe ont été provoqués par la grippe A (266 cas) et 99,6% des échantillons de virus grippaux sous typés étaient des virus A(H3N2). Sur les 825 cas d'IRAS positifs pour la grippe A(H3N2), 14% ont nécessité une admission en soins intensifs, une proportion plus faible que l'année précédente (18%), mais plus élevée qu'en 2012 (12%).

En Argentine, le taux cumulé de STG jusqu'à la fin du mois d'août était de 26% inférieur à celui de 2013, à 1686 pour 100 000 habitants. La surveillance des IRAS a cependant révélé une hausse de 11% par rapport à la saison de 2013, avec un taux cumulé de 106 cas pour 10 000 habitants jusqu'à la fin du mois d'août. On a observé une majorité de cas positifs pour un virus respiratoire dans la tranche d'âge <2 ans, avec 12 849 des 29 744 échantillons positifs.

Au Paraguay, la charge de morbidité due aux STG a été plus élevée au cours de la saison 2014 que pendant les années précé-

Figure 1 **Comparison of 2014 data with the median approximated influenza positivity peaks, and mean of the 3-week moving average of influenza positivity data in recent years, for selected countries in the southern hemisphere**

Figure 1 **Comparaison des données pour 2014 avec les pics médians de positivité approximée et moyenne de la moyenne mobile sur 3 semaines des données de positivité pour la grippe au cours des dernières années, pour un certain nombre de pays de l'hémisphère Sud**



Current season approximated influenza positivity compared to historical trends based on FluNet data as of 13 October 2014. This figure includes an historical average by week of the percentage of specimens testing positive for influenza virus over the past several years for which data are available and the same data from the 2014 season. Influenza positivity was calculated by dividing the number of samples processed (and if this was not available, the samples received) by the total influenza positives per week. Weeks with fewer than 15 samples and the pandemic year 2009 were excluded. Curves were smoothed using a 3-week moving average. Curves for previous years were aligned at the median peak week for the years analysed and the mean value for each week, and the 90% confidence interval (CI, using a t-test) was calculated. The data of 2014 are shown by their actual chronological week. The boxplot visualizes the spread of the historical peaks, with 50% of all peaks within the time frame of the box, the dot representing the median week of the historical peaks and the end of the lines representing the minimum and maximum week of the historical peaks. For more details on the methods used, see appendix 8 of the *WHO interim global epidemiological surveillance standards for influenza* at: http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/en/ – Comparaison de la positivité pour la grippe approximée pour la saison actuelle avec les tendances historiques dégagées des données de FluNet au 13 octobre 2014. La figure présente notamment une moyenne historique par semaine du pourcentage d'échantillons testés positifs pour un virus grippal sur les dernières années pour lesquelles on dispose de données et le même paramètre pour la saison 2014. On calcule la positivité en divisant le nombre d'échantillons traités (si ce nombre n'est pas disponible, celui des échantillons reçus) par le nombre total d'échantillons positifs pour la grippe par semaine. Les semaines où le nombre d'échantillons est inférieur à 15 et l'année de la pandémie 2009 ont été exclues. Les courbes ont été lissées en utilisant une moyenne mobile sur 3 semaines. Les courbes pour les années précédentes ont été alignées au niveau de la semaine correspondant au pic médian pour les années analysées, et la valeur moyenne pour chaque semaine ainsi que l'intervalle de confiance à 90% (IC, à l'aide du test t) ont été calculés. Les données de 2014 sont présentées selon leur semaine chronologique réelle. La boîte à moustaches permet de visualiser la diffusion des pics historiques, 50% des pics se trouvant dans le cadre temporel défini par la boîte, le point représentant la semaine moyenne des pics historiques et l'extrémité des lignes indiquant la semaine la plus proche et la semaine la plus éloignée pour les pics historiques. Pour en savoir plus sur les méthodes utilisées, se référer à l'appendice 8 du document *WHO interim global epidemiological surveillance standards for influenza* disponible sur http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/en/.

Figure 1 (continued)
Figure 1 (suite)

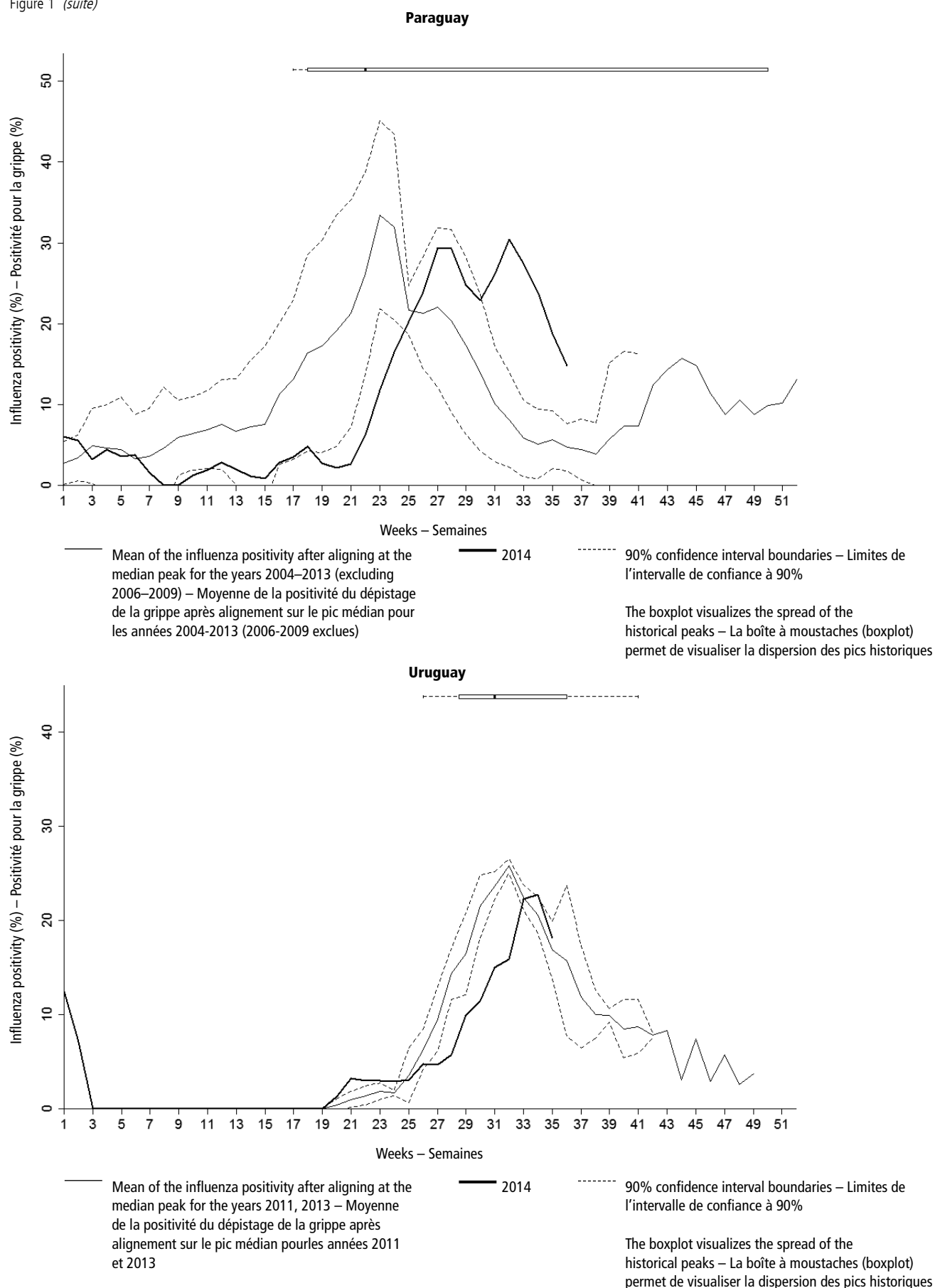
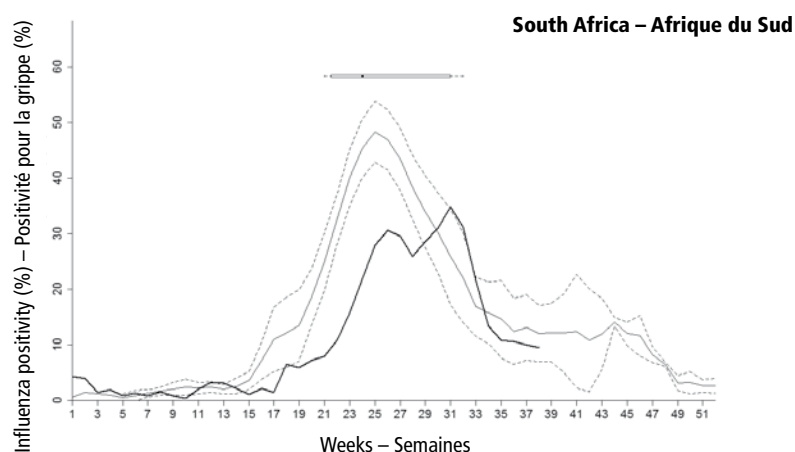


Figure 1 (continued)
Figure 1 (suite)

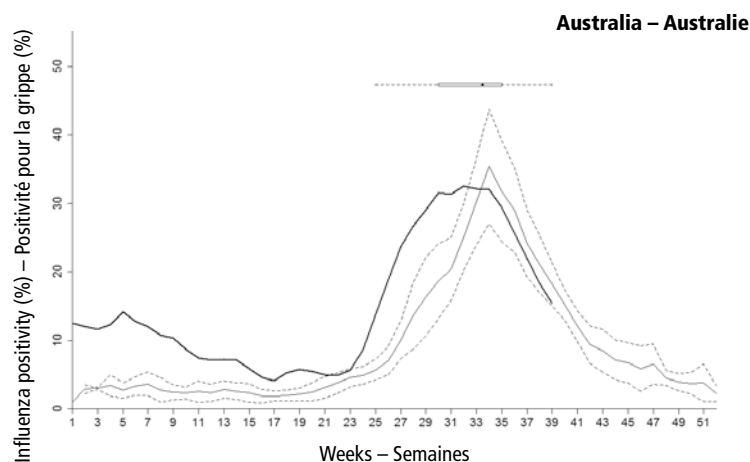


— Mean of the influenza positivity after aligning at the median peak for the years 2005–2013 (excluding 2009) – Moyenne de la positivité du dépistage de la grippe après alignement sur le pic médian pour les années 2005–2013 (2009 exclue)

— 2014

----- 90% confidence interval boundaries – Limites de l'intervalle de confiance à 90%

The boxplot visualizes the spread of the historical peaks – La boîte à moustaches (boxplot) permet de visualiser la dispersion des pics historiques

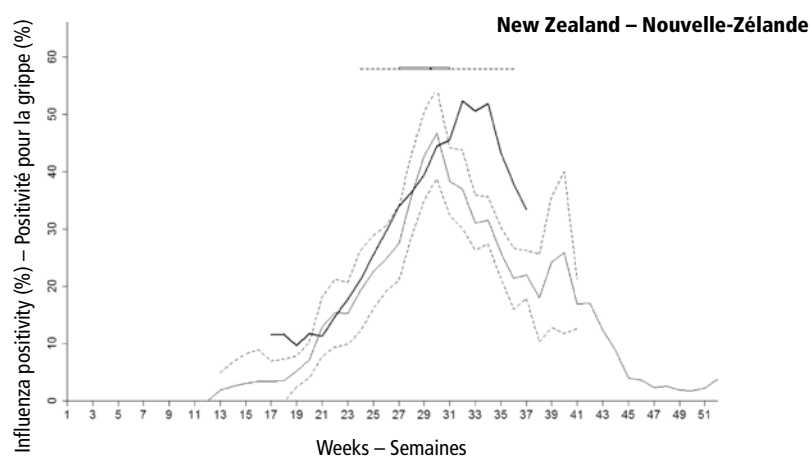


— Mean of the influenza positivity after aligning at the median peak for the years 2003–2013 (excluding 2004, 2009) – Moyenne de la positivité du dépistage de la grippe après alignement sur le pic médian pour les années 2003–2013 (2004 et 2009 exclues)

— 2014

----- 90% confidence interval boundaries – Limites de l'intervalle de confiance à 90%

The boxplot visualizes the spread of the historical peaks – La boîte à moustaches (boxplot) permet de visualiser la dispersion des pics historiques



— Mean of the influenza positivity after aligning at the median peak for the years 2003–2013 (excluding 2009) – Moyenne de la positivité du dépistage de la grippe après alignement sur le pic médian pour les années 2003–2013 (2009 exclue)

— 2014

----- 90% confidence interval boundaries – Limites de l'intervalle de confiance à 90%

The boxplot visualizes the spread of the historical peaks – La boîte à moustaches (boxplot) permet de visualiser la dispersion des pics historiques

2012. ILI consultations reached a peak exceeding 13 000 cases per week in late August, which was greater than the peak rate in 2010, 2011, and 2013 but slightly below that of 2012. Through the end of September, 4370 SARI cases from sentinel sites were reported, and 630 cases were admitted to ICU. Of 256 SARI deaths at sentinel sites, 33 were associated with respiratory viruses, 8 of which were attributed to influenza A(H3N2) (24%) and 4 to unsubtyped influenza A (12%).

In Uruguay, the proportion of SARI hospitalizations among all hospitalizations was similar as in the 2013 and 2012 seasons, peaking in early July at around 3%. The proportion of SARI hospitalizations admitted to ICU peaked slightly earlier than 2013 in mid-late June at approximately 13%.

Tropical South America

Transmission

In the countries of tropical South America, the timing of the 2014 influenza season was variable. In Colombia, influenza transmission began increasing in mid-February, and peaked in mid-March, with persisting low levels of activity through early October. In Brazil and Venezuela, activity appeared to peak in early to mid June, whereas in Bolivia (Plurinational State of) and Ecuador, maximum activity occurred during July. The peak came later in Peru, in mid to late August. In most of the region, the season ended by late September.

The predominant virus in most of tropical South America was influenza A(H3N2), with co-circulation of influenza A(H1N1)pdm09 and influenza B (*Map 1*). In Colombia, RSV predominated among respiratory viruses; influenza A(H3N2) was the most detected influenza virus with low circulation of influenza B throughout the season. In Venezuela, 16% of samples were positive for respiratory viruses (75/477), of which 40% were influenza A(H3N2) (30/75), 25% were influenza B (19/75), and 4% were influenza A(H1N1)pdm09 (3/75). In Ecuador, influenza B predominated, with low levels of influenza A(H1N1)pdm09 co-circulating early in the season and A(H3N2) co-circulating in the latter half. In Brazil and Peru, all 3 influenza viruses co-circulated; Brazil reported an early peak associated with influenza A(H3N2) virus in early June, and a smaller peak associated with influenza B in late August. Of 14 316 samples tested in Brazil as of October, 20% were positive for respiratory viruses (2882/14 316); 35% of positive samples were influenza A(H3N2) (1014/2882), 9% were influenza B (270/2882), and 7% were influenza A(H1N1)pdm09.

Morbidity and mortality

In Colombia, the level of acute respiratory infection (ARI) associated outpatient visits and hospitalizations were both lower than in 2013.

In Ecuador, the percentage of SARI-associated hospitalizations peaked in May, mainly due to RSV, then increased again in mid-July due to influenza B virus. The percentage of SARI-associated ICU admissions peaked around 29% in August, while the percentage of SARI-associated deaths reached a maximum in late July at 15%.

In Brazil, of 1349 samples tested from SARI-associated ICU cases under sentinel surveillance, 21% were posi-

tives, à l'exception de 2012. Les consultations pour STG ont atteint un pic dépassant les 13 000 cas par semaine fin août, plus élevé qu'en 2010, 2011, 2013, mais légèrement inférieur à celui de 2012. Jusqu'à fin septembre, les sites du réseau sentinelle avaient signalé 4370 cas d'IRAS et 630 ont été admis en soins intensifs. Sur les 256 décès par IRAS dans les sites du réseau sentinelle, 33 ont été associés à des virus respiratoires, dont 8 ont été attribués à la grippe A (H3N2) (24%) et 4 à des virus A non sous-typés (12%).

En Uruguay, la proportion des cas hospitalisés pour des IRAS par rapport à l'ensemble des admissions a été semblable à celle observée au cours des saisons 2013 et 2012, avec un pic aux alentours de 3% au début du mois de juillet. La proportion des cas d'IRAS admis en soins intensifs a culminé légèrement plus tôt qu'en 2013, vers le milieu/la fin du mois de juin, à environ 13%.

Amérique du Sud tropicale

Transmission

Dans les pays d'Amérique du Sud tropicale, la chronologie de la saison grippale 2014 a été variable. En Colombie, la transmission a commencé à augmenter vers la mi février, a atteint un pic à la mi-mars et s'est maintenue à un faible niveau jusqu'au début du mois d'octobre. Au Brésil et au Venezuela, il semble que le pic d'activité se soit produit du début à la mi-juin, alors qu'en Bolivie (État plurinational de) et en Équateur, l'activité maximale a eu lieu au mois de juillet. Le pic s'est produit plus tard au Pérou, vers le milieu/la fin du mois d'août. Dans la plupart de la région, la saison s'est terminée à la fin du mois de septembre.

La souche prédominante dans la plus grande partie de l'Amérique du Sud tropicale a été le virus grippal A(H3N2), avec une circulation concomitante de virus grippaux A(H1N1)pdm09 et B (*Carte 1*). En Colombie, le VRS a été prépondérant parmi les virus respiratoires; c'est le virus grippal A(H3N2) qui a été le plus détecté, avec une faible circulation de la grippe B pendant toute la saison. Au Venezuela, 16% des échantillons ont donné des résultats positifs pour les virus respiratoires (75/477), dont 40% étaient des virus grippaux A(H3N2) (30/75), 25% des virus grippaux B (19/75) et 4% des virus grippaux A(H1N1)pdm09 (3/75). En Équateur, on a observé une prédominance de la grippe B, avec une circulation concomitante de faible niveau pour le virus grippal A(H1N1)pdm09 au début de la saison et A(H3N2) dans la seconde moitié de la saison. Au Brésil et au Pérou, les 3 virus grippaux ont cocirculé; le Brésil a signalé un pic précoce associé au virus grippal A(H3N2) début juin, et un pic plus faible lié à la grippe B fin août. Sur les 14 316 échantillons analysés au Brésil jusqu'en octobre, il y avait 20% de positifs pour les virus respiratoires (2882/14 316), 35% d'entre eux étant le virus grippal A(H3N2) (1014/2882), 9% le virus grippal B (270/2882) et 7% le virus grippal A(H1N1)pdm09.

Morbidité et mortalité

En Colombie, les consultations ambulatoires comme les hospitalisations associées aux infections respiratoires aiguës (IRA) ont eu une fréquence moins élevée qu'en 2013.

En Équateur, le pourcentage d'hospitalisations liées à des IRAS a culminé en mai, principalement à cause du VRS, puis a de nouveau augmenté à la mi-juillet du fait du virus grippal B. Le pourcentage des admissions en soins intensifs pour des IRAS a atteint un pic aux alentours de 29% en août, alors que le pourcentage des décès associés aux IRAS a été maximal fin juillet à 15%.

Au Brésil, sur les 1349 échantillons analysés pour des cas d'IRAS admis en soins intensifs dans le réseau sentinelle de surveil-

tive for respiratory viruses. Among the positive samples, RSV predominated, but 11% were positive for influenza A(H3N2) and 8% were positive for influenza A(H1N1)pdm09. Universal SARI surveillance reported 16 127 cases as of October, of which 10% were influenza positive (1592/16 127). Of the influenza positive samples, 60% were influenza A(H3N2) (962/1592), 25% were influenza A(H1N1)pdm09 (405/1592), and 8% were influenza B (126/1592). The median age of influenza-associated SARI cases was 36 years. Over the same reporting period, 1913 SARI-associated deaths were reported, of which 14% were influenza positive, and 50% of influenza positive deaths were associated with A(H1N1)pdm09 infection. The age group most affected by influenza-associated SARI deaths was 40–49 years, and 66% reported known comorbidities.

Central America and the Caribbean

Transmission

In Central America and the Caribbean, the timing of the influenza season was variable. Puerto Rico had an early season, beginning early in the year and peaking in the middle of May. In El Salvador, Honduras, and Panama, active influenza transmission began in early May and peaked at the end of June/early July, whereas in Costa Rica, Cuba, Dominican Republic, and Nicaragua, the season was later and reached its peak in early/mid-September.

Throughout Central America and the Caribbean, influenza B was the dominant influenza virus in circulation, but circulation of influenza A(H1N1)pdm09 was reported in Cuba and Panama, and circulation of influenza A(H3N2) increased near the end of the season in Nicaragua. In Cuba and Dominican Republic, RSV was predominant among all respiratory viruses. In Puerto Rico, as of mid-September, 17 821 cases of influenza were reported; of these, 56% were due to influenza B, 43% to influenza A, and 50% of cases occurred in patients aged 0–19 years.

Morbidity and mortality

In Cuba, SARI cases peaked in mid-September with around 63 cases per week. In Puerto Rico, 825 influenza-associated hospitalizations were reported as of mid-September, as well as 13 influenza-associated deaths. In El Salvador, SARI activity peaked with up to 600 cases per week in early July, which was below the historical

lance, 21% ont donné un résultat positif pour des virus respiratoires. Parmi les échantillons positifs, le VRS était prédominant, mais on a observé 11% de positifs pour le virus grippal A(H3N2) et 8% pour le virus grippal A(H1N1)pdm09. La surveillance universelle des IRAS avait signalé 16 127 cas jusqu'au mois d'octobre, dont 10% positifs pour la grippe (1592/16 127). Sur les échantillons positifs pour la grippe, 60% étaient des virus grippaux A(H3N2) (962/1592), 25% des virus grippaux A(H1N1)pdm09 (405/1592), et 8% des virus grippaux B (126/1592). L'âge médian des cas d'IRAS associés à la grippe a été de 36 ans. Sur la même période de notification, 1913 décès liés à des IRAS ont été signalés, parmi lesquels 14% ont été positifs pour la grippe, et 50% des décès liés à la grippe ont été associés à une infection par le virus grippal A(H1N1)pdm09. La tranche d'âge la plus touchée par les décès par IRAS liée à la grippe a été celle des 40-49 ans, et 66% présentaient des comorbidités connues.

Amérique centrale et Caraïbes

Transmission

En Amérique centrale et dans les Caraïbes, la chronologie de la saison grippale a été variable. Elle a débuté tôt à Porto Rico, au début de l'année, et culminé à la mi-mai. À El Salvador, au Honduras et au Panama, la saison de transmission active a commencé début mai et a atteint un pic fin juin/début juillet, alors qu'au Costa Rica, à Cuba, au Nicaragua et en République dominicaine, la saison a été plus tardive, avec un pic observé début/mi-septembre.

Dans toute l'Amérique centrale et les Caraïbes, les virus grippaux B ont dominé, mais on a signalé des virus grippaux A(H1N1)pdm09 en circulation à Cuba et à Panama, et la circulation de virus grippaux A(H3N2) s'est intensifiée à la fin de la saison au Nicaragua. À Cuba et en République dominicaine, le VRS a prédominé parmi l'ensemble des virus respiratoires. À Porto Rico, 17 821 cas de grippe avaient été notifiés jusqu'à la mi-septembre, dont 56% dus à un virus grippal B, 43% à un virus grippal A et 50% des cas se sont produits chez des patients âgés de 0 à 19 ans.

Morbidity et mortalité

À Cuba, le nombre des cas d'IRAS a culminé à la mi-septembre, à environ 63 cas par semaine. À Porto Rico, 825 hospitalisations liées à la grippe avaient été signalées jusqu'à la mi-septembre, de même que 13 décès associés à cette maladie. À El Salvador, l'activité des IRAS a culminé à 600 cas par semaine début juillet, ce qui est inférieur à la moyenne historique. Au Honduras,

预览已结束，完整报告链接和二维码如下：

https://www.yunbaogao.cn/report/index/report?reportId=5_27671

