



Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España

Semana 04/2016 (25 - 31 de enero 2016)

Nº 457. 4 de febrero de 2016

Actividad gripal en la fase de ascenso de la onda epidémica en España, mientras persiste el predominio de virus A(H1N1)pdm09

- Vigilancia epidemiológica: Sistemas centinela
- Vigilancia virológica
- Brotes de gripe
- Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe
- Mortalidad relacionada con gripe
- Vigilancia internacional de la gripe

- En la semana 04/2016 la tasa global de incidencia de gripe aumenta a 139,34 casos por 100.000 habitantes, superando por segunda semana consecutiva el umbral basal.
- La intensidad de la actividad gripal se mantiene en un nivel bajo, si bien la circulación de virus de la gripe se presenta ampliamente extendida por todo el territorio sujeto a vigilancia.
- De las 377 muestras centinela analizadas, 178 han sido positivas para el virus de la gripe (47,2%), 18% son virus B y 82% virus A (96% de A(H1N1)pdm09 entre los subtipados). La tasa de detección viral continúa en aumento, con una evolución creciente.
- La circulación de VRS se mantiene en descenso desde que se alcanzó un máximo en la tasa de detección viral en la semana 53/2015 (49%).
- Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 307 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en 16 CCAA. El 94% de los casos fueron virus A. De las detecciones A subtipadas, el 98% fueron A(H1N1)pdm09. Se han registrado 19 defunciones confirmadas, asociándose el 95% a virus A [11 A no subtipado, 6 A(H1N1)pdm09 y uno A(H3N2)].
- En Europa, en la semana 03/2016 la actividad gripal se intensifica en el región. La proporción de muestras centinela positivas a virus gripales continúa creciendo, siendo esta semana del 40%. En lo que va de temporada, el 78% de las muestras centinela positivas son virus tipo A, principalmente A (H1N1)pdm09, cuya representación sigue incrementándose entre los subtipados (82%).

Información adicional sobre la vigilancia de gripe en España puede consultarse en la Web del [SVGE](#) y [aquí](#)

Vigilancia epidemiológica: Sistemas centinela

En la semana 04/2016 se ha recibido información de vigilancia de gripe de todas las redes integradas en el Sistema centinela de vigilancia de gripe en España (ScVGE). Las tasas de incidencia de gripe superan esta semana el umbral basal en cinco redes centinela (Aragón, Baleares, Ceuta, Galicia y Melilla), mientras que en Andalucía, Canarias, Cantabria, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Madrid y La Rioja lo hizo en la semana pasada, en la semana 02/2016 en Asturias, Castilla León y Navarra, y en la semana 01/2016 en el País Vasco. La difusión de la enfermedad se intensifica en diversas partes del territorio sujeto a vigilancia, principalmente en el norte peninsular: el nivel de difusión es epidémico en Asturias, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Madrid, Navarra y País Vasco, local en Ceuta, Galicia y La Rioja y esporádico o nulo en el resto. La evolución de la actividad gripal se señala creciente en la mayor parte del territorio.

La tasa global de incidencia de gripe en la semana 04/2016 aumenta a 139,34 casos por 100.000 habitantes, sobrepasando por segunda semana consecutiva el umbral basal establecido para la temporada 2015-16. La evolución de la actividad gripal es creciente respecto a la semana previa (Razón de tasas: 1,8; IC 95%: 1,6-2,0) (Figura 1), aunque parece que la pendiente de ascenso es más suave que la temporada pasada. Se señala un nivel bajo de intensidad de actividad gripal, un nivel epidémico de difusión y una evolución creciente.

Por grupos de edad, se observa un incremento significativo en las tasas de incidencia de gripe en todos los grupos, excepto el de mayores de 64 años (Figura 2).

Figura 1. Tasa de incidencia semanal de gripe y número de detecciones virales. Temporada 2015-16. Sistemas centinela. España

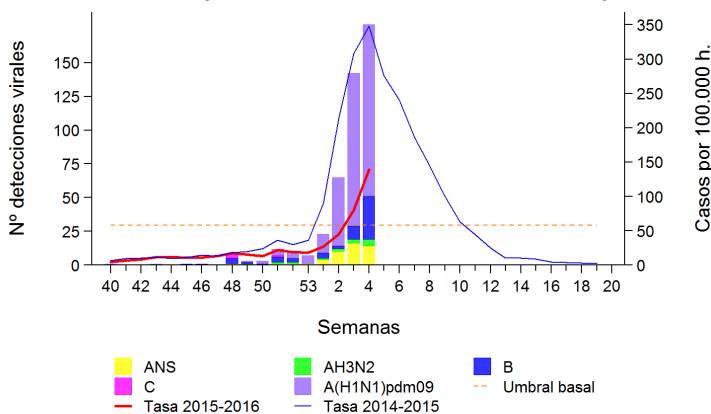
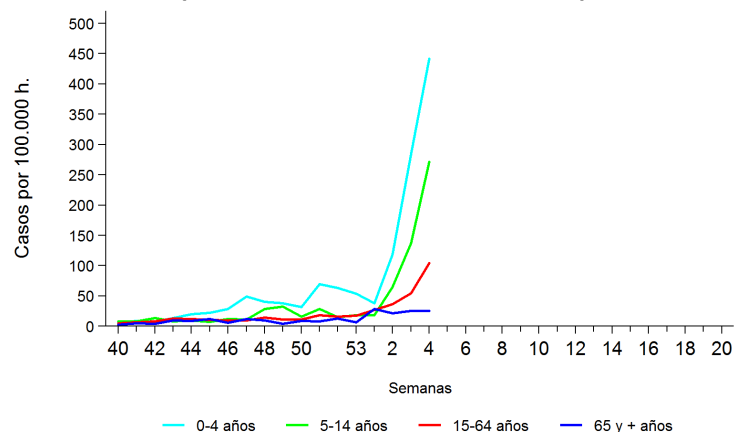


Figura 2. Evolución de la incidencia de la gripe por grupos de edad. Temporada 2015-16. Sistemas centinela. España

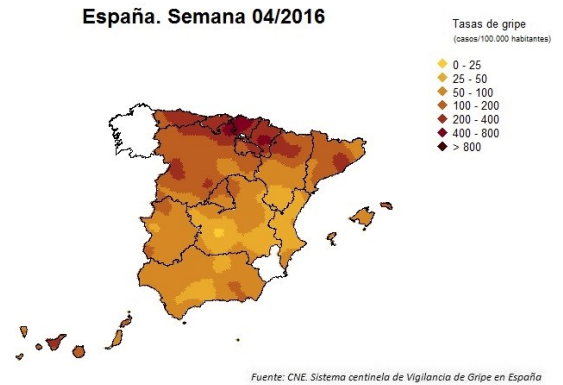


Fuente: CNE.ScVGE. La temporada 2014-2015 se representa con semana 53 (correspondiente a la semana 01/2015) para facilitar la comparación gráfica.

Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

Figura 3. Difusión geográfica de la incidencia de gripe. Temporada 2015-16. Sistemas centinela.

En el mapa de la difusión espacio-temporal de la incidencia de gripe de la semana 04/2016 se observa un incremento de incidencia gripal principalmente en el norte y noroeste peninsular y Canarias, así como en zonas más localizadas del centro y sur de España (Figura 3). Más información sobre el análisis geográfico de la incidencia de gripe puede consultarse [aquí](#).



Vigilancia virológica

El número de muestras centinela enviadas a los laboratorios del sistema aumenta desde la semana 53/2015 (44 muestras). En la semana 04/2016 se enviaron a los laboratorios del sistema 377 muestras, de las que 178 (47,2%) han sido positivas para el virus de la gripe: 127 A(H1N1)pdm09, 14 A no subtipadas, cinco A(H3N2) y 32 tipo B. La tasa de detección viral mantiene una evolución creciente de forma ininterrumpida desde la semana 49/2015. Los indicadores epidemiológicos y virológicos, con un aumento de la incidencia gripal por encima del umbral basal y el incremento continuado del porcentaje de muestras positivas* se corresponde con la fase de ascenso de la onda epidémica gripal. En la figura 4 se observa el porcentaje de positividad por tipo/subtipo de virus gripal. Si bien la circulación de A(H1N1)pdm09 es mayoritaria desde el inicio de la epidemia, el virus B se mantiene presente hasta el momento con una contribución constante.

Además se han notificado 223 detecciones no centinela: 84 A no subtipadas, 125 A(H1N1)pdm09, 4 A(H3N2) y 10 tipo B.

Desde el inicio de la temporada 2015-16 de las 1.635 muestras centinela analizadas, 455 (28%) fueron positivas a virus gripales: 85% fueron virus A, 14% B y 1% virus C (Figura 5). Entre los 340 virus A subtipados (88%), el 96% son A(H1N1)pdm09 y el 4% virus A(H3N2). Además se notificaron 631 detecciones no centinela: 91% A [93% A(H1N1)pdm09 y 7% A(H3N2), entre los subtipados (47%)], 8% B y 1% C.

*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que podrían variar en función de la semana de presentación de los informes.

Figura 4. Muestras centinela analizadas y porcentaje de detecciones de virus de la gripe. Temporada 2015-16. España

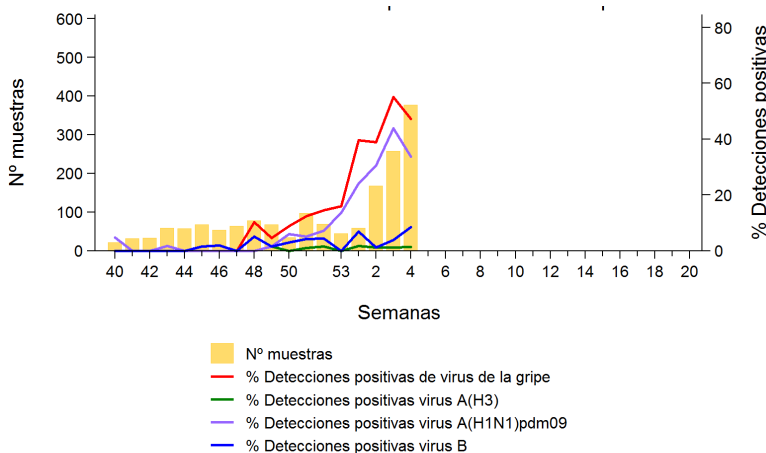
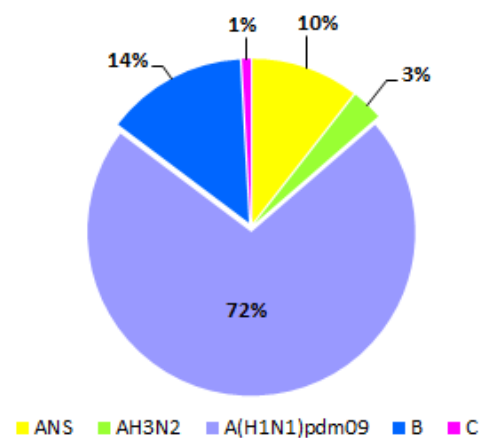


Figura 5. Detecciones centinela de virus de la gripe por tipo/subtipo de virus. Temporada 2015-16. España



Basándose en el estudio de la hemaglutinina, el Centro Nacional de Microbiología ha caracterizado genéticamente 42 virus de la gripe A(H1N1), todos ellos semejantes a A/SouthAfrica/3626/2013, 7 virus A(H3N2), todos ellos semejantes a A/HongKong/4801/2014, y 17 virus de la gripe B, uno de ellos semejante a B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata) y los 16 restantes semejantes a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria) (Figura 6).

El análisis de inhibición de la hemaglutinación de 18 virus de la gripe A (H1N1) aislados en cultivo celular ha demostrado en todos ellos semejanza antigénica con el virus vacunal A/California/07/2009.

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

Figura 6. Caracterizaciones genéticas de detecciones de virus de la gripe. Temporada 2015-16. España

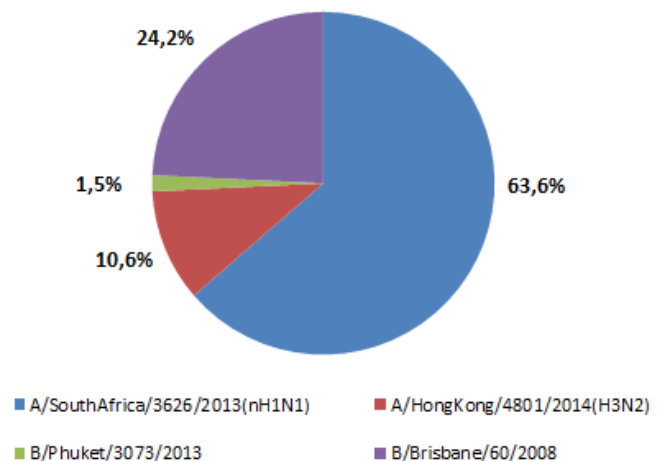
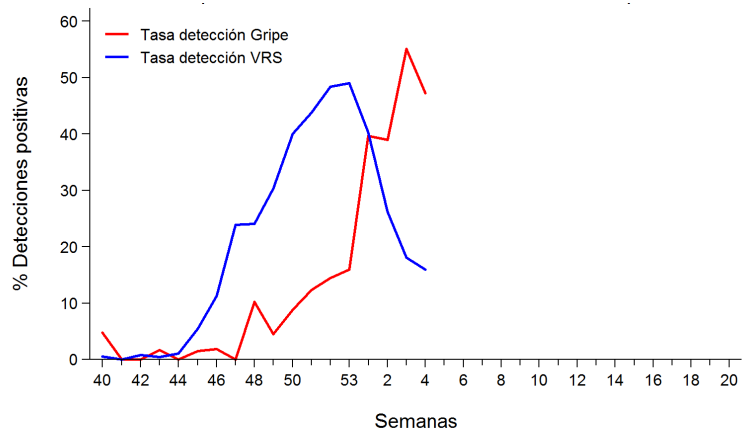


Figura 7. Tasa de detección de virus de la gripe y VRS (%). Temporada 2015-16. España



Fuentes: Redes centinela del SVGE. Información de VRS de los laboratorios de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla León, Cataluña, Galicia, Murcia, Navarra, La Rioja y Ceuta.

En la semana 04/2016 se han analizado 801 muestras, entre las que se han identificado 128 detecciones de VRS (16%). La tasa de circulación viral de VRS se mantiene en descenso desde que se alcanzó un máximo en la semana 53/2015 (49%) (Figura 7). Este descenso continuado en la tasa de detección de virus VRS coincide con una intensificación de la circulación de virus gripales.

Más información sobre la vigilancia de VRS puede consultarse [aquí](#).

*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que podrían variar en función de la semana de presentación de los informes.

Brotos de gripe

Desde el inicio de la temporada 2015-16 no se han notificado al sistema de vigilancia brotes de gripe confirmada por laboratorio.

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe

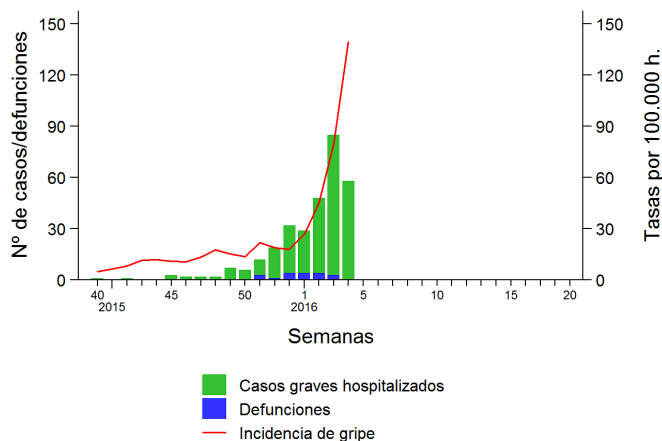
Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 307 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en 16 CCAA, de los que el 59% son hombres (Figura 8).

En la figura 9 se muestra la detecciones virales en CGHCG por tipo/subtipo de virus y grupo de edad. El mayor número de casos (39%) se registra en el grupo de 45-64 años, seguido del de mayores de 64 años (29%) (Figura 9). En el 94% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A, en el 5% el virus B, y en el 1% C. De las detecciones A subtipadas (133 casos) el 98% fueron A(H1N1)pdm09.

El 75% de los pacientes con información disponible, presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe, siendo el más prevalente la enfermedad cardiovascular crónica (22%), seguido de la enfermedad pulmonar crónica (21%).

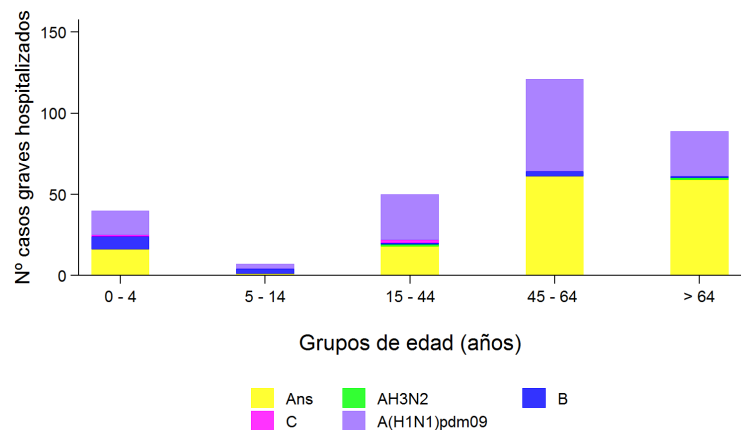
El 82% de los pacientes desarrolló neumonía y 136 casos ingresaron en UCI (46% de los que tenían información sobre este aspecto). De los 154 pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, el 30% había recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

Figura 8. Casos graves hospitalizados confirmados de gripe y tasa de gripe. Temporada 2015-16 España



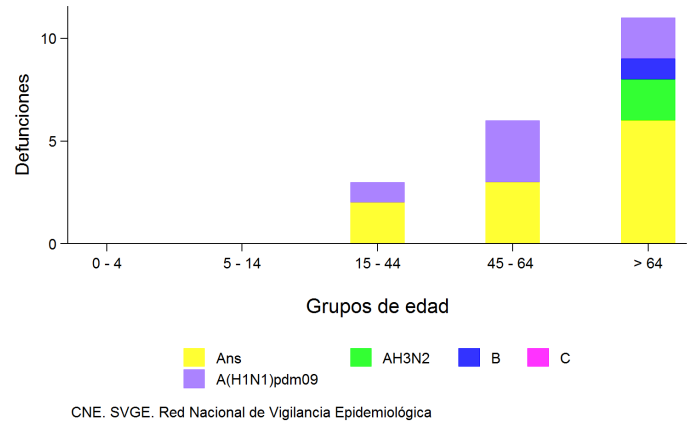
Fuente: CNE. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 9. Detecciones virales en casos graves hospitalizados confirmados de gripe por grupo de edad. Temporada 2015-16. España



CNE. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 10. Defunciones confirmadas de gripe por tipo/subtipo de virus de la gripe y grupo de edad. Temporada 2015-16. España



Defunciones en casos graves hospitalizados confirmados de gripe

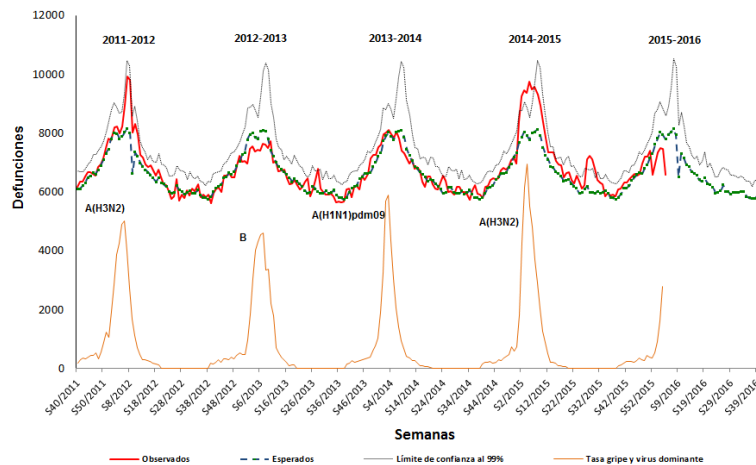
Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 19 defunciones por virus de la gripe confirmadas por laboratorio, 95% por virus A [11 A no subtipado, 6 A(H1N1)pdm09 y uno A(H3N2)] y 5% (1 caso) por virus B (Figura 10). Las defunciones se han producido en cinco CCAA. El número de defunciones aumenta con la edad del paciente. El 84% de los pacientes eran mayores de 44 años (el 53% mayores de 64 años). De los 19 casos, trece ingresaron en UCI. Entre los 11 casos susceptibles de vacunación antigripal, con información disponible, cuatro (36%) había sido vacunado

Excesos de mortalidad diaria por todas las causas

Durante la temporada 2015-16 el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) en España incluye las defunciones por todas las causas registradas en 2.462 registros civiles informatizados, que representan el 81% de la población española. Los registros civiles incluidos en el sistema son representativos de todas las áreas climáticas y de todo el territorio nacional.

El modelo predictivo desarrollado por MoMo se basa en un modelo restrictivo de medias históricas. Las estimaciones de mortalidad esperada se realizan mediante modelos basados en la mortalidad observada del 1 de enero 2007 al 31 de diciembre 2012 procedente del Instituto Nacional de Estadística. La mortalidad general observada en la semana 04/2016 no sobrepasa la mortalidad esperada para este periodo (Figura 11).

Figura 11. Mortalidad diaria por todas las causas e incidencia semanal de gripe. España. Hasta semana 04/2016



Vigilancia internacional de la gripe

Situación en Europa:

En la semana 03/2016, de los 45 países que notificaron, en 26 se señala un nivel basal de intensidad gripal, nivel medio en trece, siendo alto en Finlandia, Georgia, Grecia, Irlanda, Malta y Ucrania. En 12 países la difusión geográfica fue esporádica, local en 9, regional en 6 y epidémica asciende a 15. La proporción de muestras centinela positivas a virus gripales continua incrementándose, siendo esta semana del 40%. En lo que va de temporada, el 78% de las muestras centinela positivas son virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09, cuya representación sigue incrementándose entre los subtipados (82%). Adicionalmente, el 93% de los 134 virus tipo B adscritos a un linaje eran B/Victoria. La mayoría de los virus caracterizados desde el inicio de la temporada son genéticamente semejantes a los virus incluidos en la [vacuna recomendada por la OMS para la temporada 2015-16 en el hemisferio norte](#). Sin embargo, el virus tipo B más prevalente hasta ahora (linaje Victoria) no está incluido en la vacuna trivalente, la más ampliamente usada en Europa. Por el momento, solo 2 [ambos subtipo A(H1N1)pdm09] de los 460 virus testados han presentado una susceptibilidad reducida a los inhibidores de la neuraminidasa. Desde el inicio de la temporada, 758 casos graves hospitalizados confirmados de gripe han sido notificados por siete países. De los 452 ingresados en UCI, el 94% eran tipo A, siendo el A(H1N1)pdm09 el subtipo dominante (92% de los subtipados). La mayoría de los pacientes admitidos en UCI (61%), estaba en el grupo de 15-64 años, y el 33% eran mayores de 64. Para más información consultar el informe conjunto de gripe [ECDC - Región Europea de la OMS](#).

Situación en el mundo:

Algunos países de Asia Occidental continúan notificando niveles altos de actividad gripal. En Norte América se observa un incremento de la actividad. También en el norte y este de Europa, así como en el norte y zona templada de Asia.

Según datos de FluNet, del 28 de diciembre de 2015 al 10 de enero de 2016 se registraron 10.502 detecciones de virus gripales, siendo el 81% virus A y el 19% virus B. De los virus tipo A subtipados, el 80% fueron A(H1N1)pdm09. De los virus tipo B caracterizados, prácticamente el 50% pertenecían a cada uno de los dos linajes, Yamagata y Victoria. Para más información consultar el último informe publicado por la [OMS](#) el 25 de enero de 2016.

Estados Unidos:

En la semana 03/2016 la actividad gripal se incrementa ligeramente, siendo el virus A(H1N1)pdm09 el predominante. La proporción de síndromes gripales en visitas extra-hospitalarias fue del 2,2%, por encima del umbral basal establecido para la temporada (2,1%). La tasa de detección de virus gripales ha aumentado ligeramente. En lo que va de temporada, el virus tipo A supone el 64% de las detecciones, siendo el subtipo A(H1N1)pdm09 el más frecuente entre los subtipos (56%). A diferencia de lo que ocurre en Europa, desde el inicio de la temporada hasta la semana actual, predomina el linaje Yamagata (78% entre los caracterizados). Más información en [FluView \(CDC\)](#)

Canadá:

En la semana 03/2016 la actividad gripal en Canadá se incrementa ligeramente. El número de detecciones de virus de la gripe (12,4%) aumenta respecto a la semana previa (7%), aunque se mantiene por debajo de lo esperado para esta fecha del año. Hasta la fecha, el 79% de las detecciones corresponde a virus tipo A. De los virus subtipados, el 63% es A(H1N1)pdm09, no siendo por tanto tan marcado su predominio como en Europa. Más información en [FluWatch](#)

Infección humana por el virus de la gripe A(H5):

Desde 2003 hasta el 20 de enero de 2016 se han notificado oficialmente a la OMS un total de 846 casos, procedentes de 16 países, de los cuales 449 fallecieron. Desde mayo de 2014, 10 casos de infección humana con el virus de la gripe aviar **A(H5N6)** han sido notificados, 9 a la OMS y uno a través de la literatura científica. Los nueve casos notificados a la OMS presentaban una enfermedad severa. El caso notificado en la literatura científica, una niña de 5 años, era un caso leve detectado a través de actividades rutinarias de vigilancia. Diversos subtipos del virus A(H5), tales como A(H5N1), A(H5N2), A(H5N3), A(H5N6) y A(H5N8), continúan siendo detectado en aves en África, Asia y Europa, según los últimos informes recibidos por la OIE. Aunque estos virus de la gripe A(H5) podrían tener el potencial de causar enfermedad en humanos, hasta ahora no se han notificado casos en humanos con excepción de las infecciones arriba señaladas de A(H5N1) y las cuatro infecciones humanas con el virus A(H5N6) detectados en China desde 2014.

Infección humana por el virus de la gripe A(H7N9):

Desde marzo de 2013 hasta el 20 de enero de 2016 se han notificado a la OMS un total de 693 casos confirmados por laboratorio de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9), de los cuales al menos 277 han fallecido.

Infección humana por el virus de la gripe A(H9N2):

Un caso humano de infección por el virus de la gripe A(H9N2) se ha notificado desde Bangladesh. Se trata de un varón de 46 años, trabajador en un mercado de aves de corral en la ciudad de Dhaka que se ha recuperado de la enfermedad. Se trata del tercer caso notificado desde este país. Además de Bangladesh, Egipto y China han notificado casos. Este virus no se transmite con facilidad entre los seres humanos y parece producir una enfermedad leve. Hasta el momento, el riesgo de impacto en la salud pública de este virus parece bajo.

Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse [aquí](#).

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS)

A nivel global, desde septiembre de 2012, y hasta el 29 de enero de 2016, la OMS ha recibido la notificación de 1.633 casos confirmados de MERS-CoV, incluyendo al menos 587 defunciones. Hasta el momento actual, ningún caso de MERS-CoV ha sido confirmado en España.

Más información de la vigilancia internacional del MERS-CoV puede consultarse [aquí](#).

Nota informativa: la suscripción a la lista de distribución del Informe semanal de vigilancia de gripe se puede realizar en la página del SVGE. Las personas suscritas recibirán periódicamente el informe publicado los jueves de cada semana, durante el periodo habitual de vigilancia, y cada dos semanas en el periodo estival. La suscripción se puede realizar a través del siguiente enlace [SVGE](#).

En la elaboración de este Informe ha participado el Grupo de Vigilancia de Gripe, el Grupo de Monitorización de la Mortalidad Diaria del Área de Vigilancia de la Salud Pública del Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) y el Laboratorio de gripe y virus respiratorios del Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III). Este informe es el resultado del trabajo de todos los integrantes del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE): médicos centinela, epidemiólogos de las redes centinela, virologos de los laboratorios integrados en el SVGE y laboratorios asociados, profesionales de los hospitales participantes en la vigilancia de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe, responsables epidemiológicos y virológicos de cada red y coordinadores epidemiológicos y virológicos del SVGE (CNE y CNM, ISCIII). Cualquier pregunta relacionada con este informe debe dirigirse a: CNE-VIGILANCIA-GRIPe@isciii.es, alarrauri@isciii.es, cdelegados@isciii.es o jaoliva@isciii.es

Este informe se puede consultar en la página del [SVGE](#) y en la página del Instituto de Salud Carlos III ([ISCIII](#))

Cita sugerida: Instituto de Salud Carlos III. Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España. Sistema de Vigilancia de la Gripe en España. Semana 04/2016. Nº 457. 4 de febrero de 2016.