



Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España

Semana 12/2016 (21– 27 de marzo 2016)

Nº 465. 31 de marzo de 2016

Descenso en la onda epidémica gripal 2015-16 en España, con circulación predominante de virus B desde hace dos semanas.

- 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 12/2016 se observa una tendencia descendente en la onda epidémica, con una tasa de incidencia de gripe de 112,61 casos por 100.000 habitantes. No obstante, tras el periodo vacacional de Semana Santa, los datos deben ser consolidados en semanas próximas.
- 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. La actual es la décima semana por encima del umbral epidémico, en una temporada en la que parece distinguirse un pico epidémico anterior en el tiempo asociado a un predominio del virus A(H1N1)pdm09, en las redes del noroeste peninsular, y un pico posterior con predominio del virus B en las redes del noreste y litoral mediterráneo.
- De las 145 muestras centinela analizadas, 57 han sido positivas para el virus de la gripe (39,3%), datos también a consolidar en próximas semanas. Aumenta la contribución de virus B (75%), siendo la segunda semana de predominio de dicho virus a nivel global.
- 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 2.338 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en todas las CCAA y las dos ciudades autónomas. El 90,7% de los casos fueron virus A. De las detecciones A subtipadas, el 98% fueron A(H1N1)pdm09. Se han registrado 192 defunciones confirmadas, asociándose el 96% a virus A [104 A(H1N1)pdm09, dos A(H3N2) y 79 A no subtipado] y 4% (7 casos) por virus B.
- En la semana 11/2016, el 83% de los países europeos notificaron una tendencia estable o decreciente. La proporción de muestras centinela positivas es del 49%, aunque el número total de muestras positivas desciende por 4ª semana. Esta semana, el virus tipo B circula de forma predominante (66% de las detecciones centinela), tras una temporada en la que el 62% de las muestras centinela positivas han sido virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09 (87% de los subtipados).

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

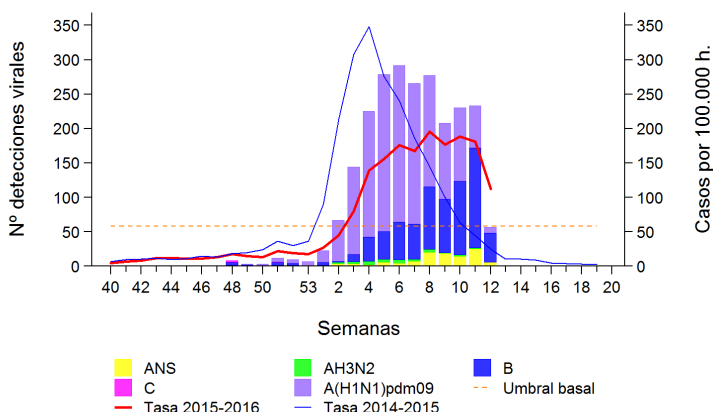
Vigilancia epidemiológica: Sistemas centinela

En la semana 12/2016 se ha recibido información de vigilancia de gripe de todas las redes integradas en el Sistema centinela de vigilancia de gripe en España (ScVGE). Se observa una evolución decreciente o estable en todas las redes del sistema. El nivel de intensidad de la actividad gripal es medio en la Comunidad Valenciana, y bajo o basal en el resto del territorio vigilado. La difusión de la enfermedad es todavía epidémica en gran parte del territorio (Aragón, Baleares, Cataluña, Castilla La Mancha, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid y La Rioja) y local o esporádica en el resto. A nivel global se observa un marcado descenso de la actividad gripal.

La tasa global de incidencia de gripe en la semana 12/2016 desciende a 112,61 casos por 100.000 habitantes (Razón de tasas: 0,61; IC 95%: 0,56-0,67) (Figura 1). Por grupos de edad, la incidencia semanal de gripe desciende de forma significativa principalmente en los niños, pero también en el grupo de 15 a 64 años (Figura 2). Se señala un nivel bajo de intensidad de actividad gripal, un nivel epidémico de difusión y una evolución decreciente.

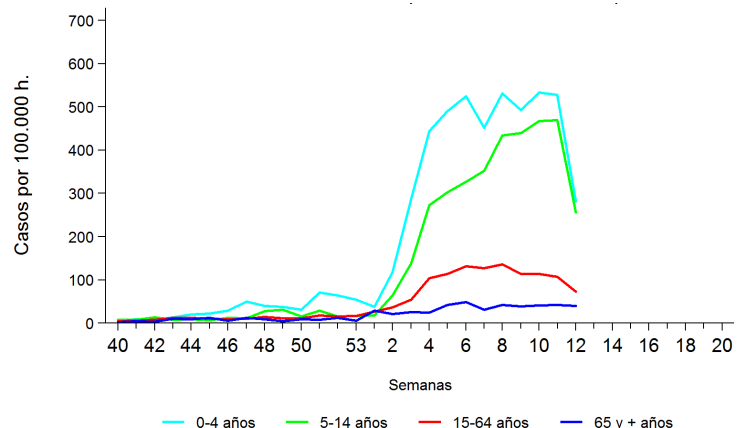
La prolongada estabilidad observada en las semanas previas puede ser el resultado del predominio del virus A(H1N1)pdm09 en las redes del noroeste península, en las que el pico de la epidemia se alcanzó antes, alrededor de las semanas 5-7/2016, y lo ocurrido en las redes del noreste y litoral mediterráneo, donde ha predominado el virus tipo B, alcanzado el pico de la epidemia más tarde, en las semanas 10-12/2016. Otras redes, como Madrid y Andalucía, con circulación mixta durante todo el periodo epidémico, reflejan la estabilidad a nivel nacional. No obstante, la notificación de la semana actual probablemente esté afectada por el periodo vacacional de Semana Santa, y los datos puedan modificarse con su consolidación en las próximas semanas.

Figura 1. Tasa de incidencia semanal de gripe y número de detecciones virales. 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.

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

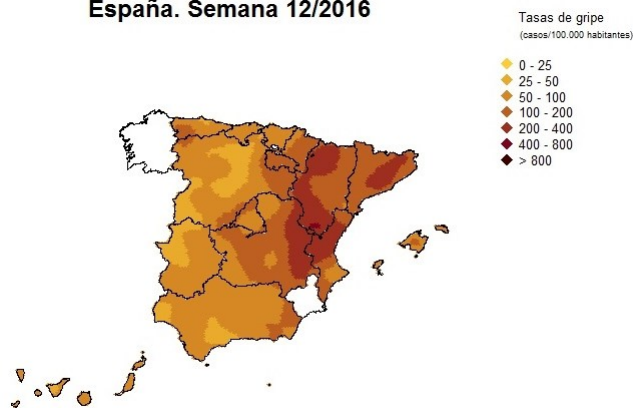


Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

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 12/2016 se observa un descenso de la actividad gripal con respecto a semanas previas, aunque aun se observan tasas altas en el noreste y este peninsular (Figura 3). Más información sobre el análisis geográfico de la incidencia de gripe puede consultarse [aquí](#).

España. Semana 12/2016



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

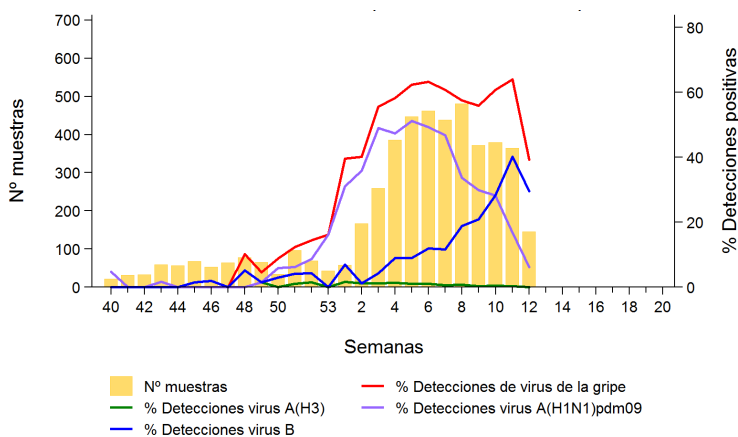
Vigilancia virológica

Se han enviado a los laboratorios del sistema 145 muestras centinela (364 la semana previa) de las que 57 (39,3%) han sido positivas para el virus de la gripe: 9 A(H1N1)pdm09, 5 A no subtipadas y 43 tipo B*. Como ya se ha mencionado, el descenso respecto a la semana previa (64% de muestras positivas en la semana 11/2016) ha de ser matizado por el periodo vacacional, y debe esperar a semanas próximas para su consolidación. En la figura 4 se observa el porcentaje de detecciones positivas por tipo/subtipo de virus gripal. Mientras que la intensidad de circulación de virus A(H1N1)pdm09 decrece desde la semana 05/2016, la de virus B se ha incrementado paulatinamente desde la semana 03/2016, si bien esta semana se observa por primera vez un descenso. Aunque el virus A(H1N1)pdm09 ha predominado desde el inicio de la epidemia en casi todas las redes, esta semana el porcentaje de virus tipo B es el 75%, siendo la segunda semana consecutiva de predominio de tipo B a nivel global. Además, se han notificado 338 detecciones no centinela: 125 A(H1N1)pdm09, 56 A no subtipadas, dos A(H3N2) y 155 tipo B.

Desde el inicio de la temporada 2015-16 de las 4.731 muestras centinela analizadas, 2.348 (49,6%) fueron positivas a virus gripales: 71% fueron virus A, 28,8% B y 0,2% virus C (Figura 5). Entre los 1.559 virus A subtipados (94%), el 97,7% son A(H1N1)pdm09 y el 2,3% virus A(H3N2). Además se notificaron 4.305 detecciones no centinela: 79,3% A [97% A(H1N1)pdm09 entre los subtipados (83%)], 20,6 % B y 0,1% C.

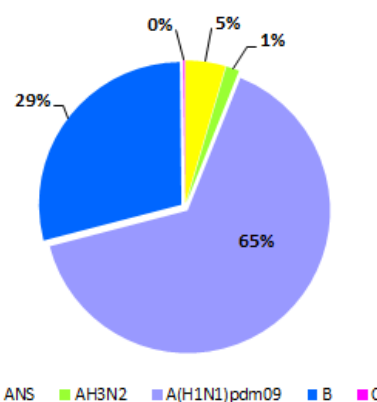
*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que podrían variar en función de la semana de presentación de los informes.

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



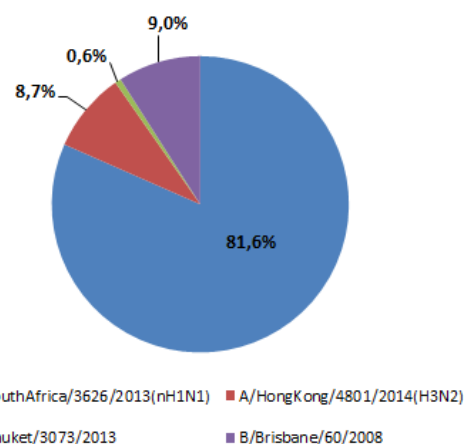
Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

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



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

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



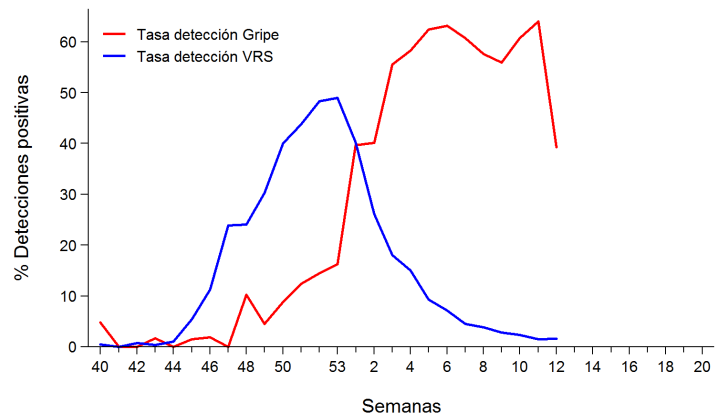
Fuente: Sistema de Vigilancia de la Gripe en España

Basándose en el estudio de la hemaglutinina, el Centro Nacional de Microbiología ha caracterizado genéticamente 253 virus de la gripe A(H1N1), todos ellos semejantes a A/SouthAfrica/3626/2013, 27 virus A(H3N2), todos ellos semejantes a A/HongKong/4801/2014, y 30 virus de la gripe B, 2 de ellos semejantes a B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata) y los 28 restantes semejantes a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria) (Figura 6).

El análisis de inhibición de la hemaglutinación de 37 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 41 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 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.

Brotos de gripe

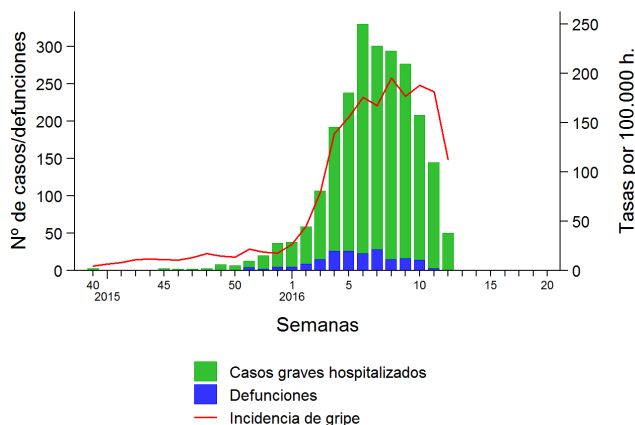
Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado al sistema de vigilancia cinco brotes de gripe confirmada por laboratorio en cuatro Comunidades Autónomas. Tres de ellos han ocurrido en instituciones de cuidados de larga estancia, los tres asociados al virus de la gripe A(H1N1)pdm09, y dos en instalaciones sanitarias, uno asociado también a A(H1N1)pdm09 y el otro a A no subtipado.

Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe

Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 2.338 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) procedentes de todas las CCAA y las dos ciudades autónomas, de los que el 58% son hombres (Figura 8).

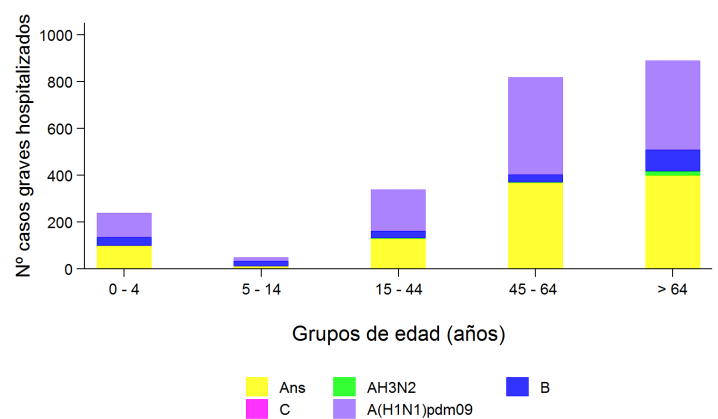
En la figura 9 se muestra la detecciones virales en CGHCG por tipo/subtipo de virus y grupo de edad. El mayor número de casos se registra en el grupo de mayores de 64 años (38%), y en el de 45-64 años (35%). En el 90,7% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A, en el 9,1% el virus B, y en el 0,2% C. De las detecciones A subtipadas (1.114 casos) el 98% fueron A(H1N1)pdm09.

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



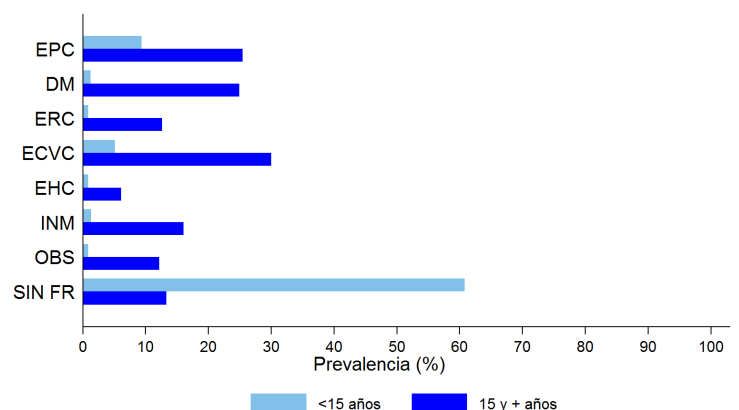
Fuente: CNE. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

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. Prevalencia de factores de riesgo en CGHCG por grupos de edad. Temporada 2015-16. España



Fuente: CNE. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El 82% de los pacientes con información disponible presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe. En los adultos los factores de riesgo más prevalentes son la enfermedad cardiovascular crónica (30%), la enfermedad pulmonar crónica (25,5%) y la diabetes (25%), y en los menores de 15 años la enfermedad pulmonar crónica (9,5%) y las enfermedades cardiovasculares (5,1%) (Figura 10).

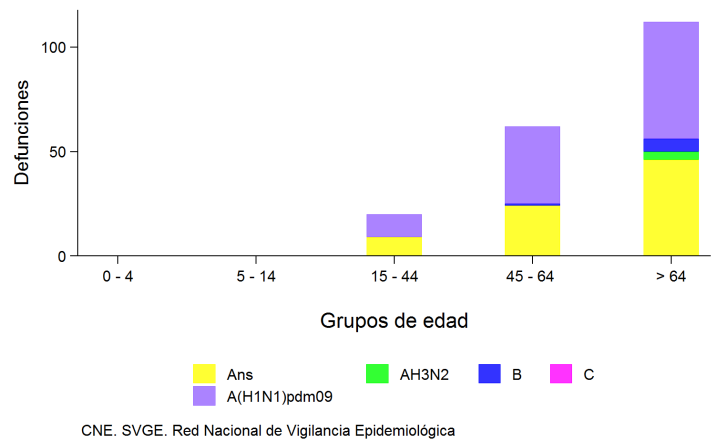
El 82% de los pacientes desarrolló neumonía y 790 casos ingresaron en UCI (36% de los que tenían información sobre este aspecto). De los 1.429 pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, el 68% no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

Defunciones en casos graves hospitalizados confirmados de gripe

Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 192 defunciones por virus de la gripe confirmadas por laboratorio, 96% por virus A [104 A (H1N1)pdm09, dos A(H3N2) y 79 A no subtipado] y 4% (7 casos) por virus B (Figura 11). Las defunciones se han producido en quince CCAA, y el 61% eran hombres. El número de defunciones aumenta con la edad del paciente. El 90% de los pacientes eran mayores de 44 años (el 57% mayores de 64 años). De los 192 casos, 98 habían ingresado en UCI. Entre los 151 casos susceptibles de vacunación antigripal, con información disponible, 93 (62%) no habían sido vacunados.

La información sobre mortalidad en CGHCG describe las características clínicas, epidemiológicas y virológicas de los CGHCG con una evolución fatal, así como la información sobre los factores de riesgo de evolución grave. Esta aproximación es muy útil para identificar patrones de enfermedad grave y proporcionar información para la adopción de medidas de prevención y control, sin embargo no sirve para cuantificar el impacto de la gripe en la mortalidad de la población. La cuantificación del impacto se realiza con modelos matemáticos que estiman el exceso de mortalidad en periodos de actividad gripal, si bien la disponibilidad de los datos de mortalidad por causas específicas limita las estimaciones a temporadas anteriores.

Figura 11. Defunciones confirmadas de gripe por tipo/subtipo de virus de la gripe y grupo de edad. Temporada 2015-16. España

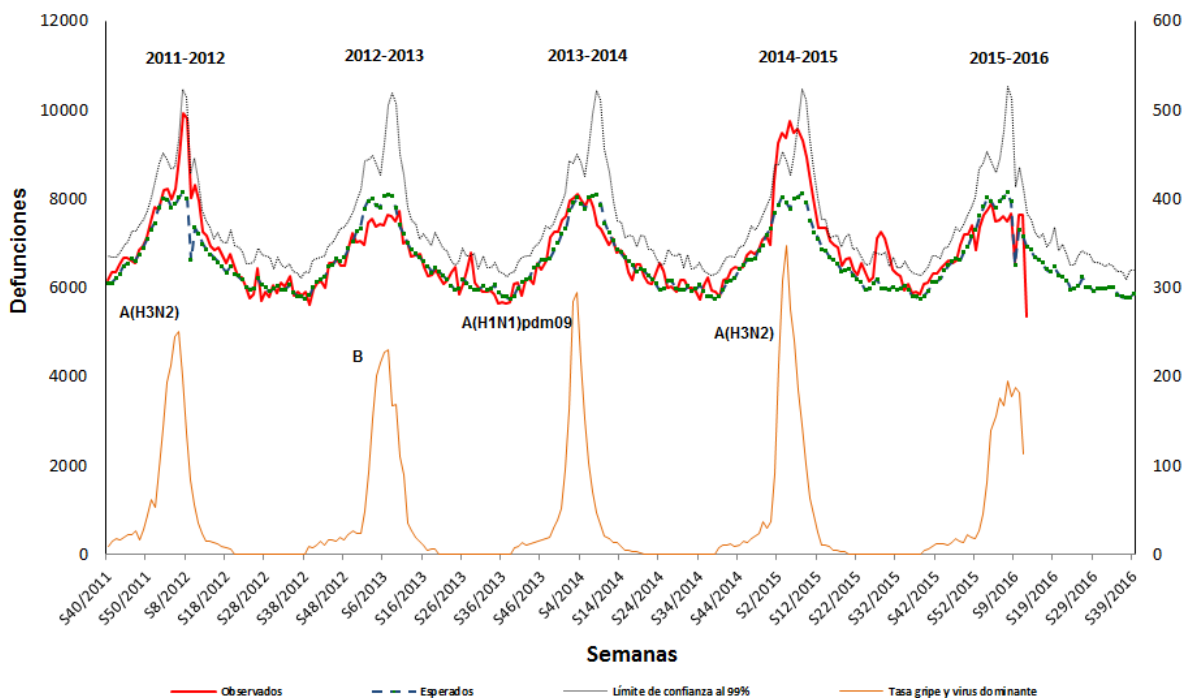


Excesos de mortalidad diaria por todas las causas

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 12/2016 no sobrepasa la mortalidad esperada para este periodo (Figura 12).

Figura 12. Mortalidad diaria por todas las causas e incidencia semanal de gripe. España. Hasta semana 12/2016



Situación en Europa:

En la semana 11/2016, la actividad es todavía epidémica en los países occidentales de la región, pero la mayoría (82%) notificaron una evolución estable o descendente. La proporción de muestras centinela positivas a virus gripales continúa siendo alta (49%), aunque el número total de detecciones desciende desde la semana 8/2016. Esta semana, el virus tipo B circula de forma predominante con el 66% las detecciones centinela. No obstante, en lo que va de temporada, el 62% de las muestras centinela positivas son virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09 (87% de los subtipados). Aunque sólo el 49% de los virus tipo B han sido subtipados, el 97% fueron adscritos a linaje 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, aunque sí en la tetravalente. Por el momento, solo 12 de los 1.954 virus A(H1N1)pdm09 testados, y uno de los 95 A(H3N2), han presentado una susceptibilidad reducida a los inhibidores de la neuraminidasa. Desde el inicio de la temporada, 6.400 casos graves hospitalizados confirmados de gripe han sido notificados por siete países (España, Finlandia, Francia, Irlanda, Rumania, Reino Unido y Suecia). De los 3.549 ingresados en UCI, el 88% eran tipo A, siendo el A(H1N1)pdm09 el subtipo dominante (98%). La mayoría de los pacientes admitidos en UCI estaba en el grupo de 15-64 años (58%), seguido de los mayores de 64 (32%). Entre los 17 países que notifican a EuroMOMO, hay un patrón que sugiere exceso de mortalidad por todas las causas en el grupo entre 15 y 64 años. Esto es similar a lo ocurrido en la temporada 2012-13, y ligeramente inferior a la 2014-15. Para más información consultar el informe conjunto de gripe [ECDC - Región Europea de la OMS](#).

Situación en el mundo:

A nivel global, continúan observándose niveles altos de actividad gripal en el hemisferio norte. En el norte y suroeste de Europa se observa un incremento de actividad de la gripe tipo B. En Europa del Este la actividad parece haber alcanzado su pico. En América del Norte continúa incrementándose la actividad asociada a A(H1N1)pdm09 en Canadá y Estados Unidos. En el norte de Asia la actividad continúa alta, predominando actualmente el tipo B. En el oeste del continente continúa descendiendo. En el sudeste asiático continúa observándose actividad asociada a tipo B. En los países de América Central y Caribe la actividad es baja, excepto en Jamaica, con actividad alta asociada a A(H1N1)pdm09. Según datos de FluNet, del 22 de febrero al 6 de marzo de 2016 se registraron 47.202 detecciones de virus gripales, siendo el 74% virus A. De los virus tipo A subtipados, el 87% fueron A(H1N1)pdm09. De los virus tipo B caracterizados, el 75% pertenecían al linaje Victoria. Para más información consultar el último informe publicado por la [OMS](#) el 21 de marzo de 2016.

Estados Unidos: En la semana 11/2016, aunque desciende levemente, la actividad gripal permanece elevada, con predominio de virus A(H1N1)pdm09. La proporción de síndromes gripales en visitas extra-hospitalarias desciende hasta el 3,2%, pero por encima del umbral basal establecido para la temporada (2,1%). La tasa de detección de virus gripales desciende levemente (20% esta semana vs 23% la previa). En lo que va de temporada, el virus tipo A supone el 75,4% de las detecciones en los laboratorios de Salud Pública, siendo el subtipo A(H1N1)pdm09 el más frecuente entre los subtipados (82%). A diferencia de lo que ocurre en Europa, desde el inicio de la temporada hasta la semana actual, predomina el linaje Yamagata (72% entre los caracterizados). Más información en [FluView \(CDC\)](#).

Canadá: En la semana 11/2016 la actividad gripal permanece cerca de su pico, pero ha comenzado a disminuir en Canadá. El porcentaje de muestras positivas comienza a descender por primera vez (de 36% en la semana 10 a 31% en la semana 11), sugiriendo que el pico de la temporada ya ha ocurrido. En lo que va de temporada el 83% de las detecciones corresponde a virus tipo A, siendo el 91% de los virus subtipados A(H1N1)pdm09. En la semana 11/2016 se notificaron 23 brotes de gripe, la mayoría en residencias de larga estancia. Los adultos mayores de 65 A constituyen el mayor porcentaje de hospitalizados en esta semana, y en lo que va de temporada. Las hospitalizaciones e ingresos en UCI por gripe en población pediátrica se mantiene por encima de lo esperado en esta fase de la epidemia. Más información en [FluWatch](#).

Infección humana por el virus de la gripe A(H5): Desde 2003 hasta el 10 de marzo de 2016 se han notificado oficialmente a la OMS un total de 846 casos humanos confirmados por laboratorio de gripe aviar **A(H5N1)**, procedentes de 16 países, de los cuales 449 fallecieron. Desde mayo de 2014, 11 casos de infección humana con el virus de la gripe aviar **A(H5N6)** han sido notificados, incluyendo 6 muertes. Todos los casos proceden de China. **Infección humana por el virus de la gripe A(H7N9):** El 18 de marzo China notificó a la OMS 29 nuevos casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus A(H7N9), incluyendo 11 fallecimientos. El 76% son varones, y la mayoría (83%) tenían antecedentes de exposición a aves de corral vivas o sacrificadas. Así pues, desde marzo de 2013 hasta el 18 de marzo de 2016 se han notificado a la OMS un total de 757 casos confirmados por laboratorio de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9), de los cuales al menos 297 han fallecido. Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse [aquí](#).

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS): Entre el 15 y el 16 de marzo, Arabia Saudí notificó a la OMS 4 nuevos casos confirmados de MERS-CoV, incluyendo un fallecimiento. A nivel global, desde septiembre de 2012, y hasta el 23 de marzo de 2016, la OMS ha recibido la notificación de 1.698 casos confirmados de MERS-CoV procedentes de 26 países, incluyendo al menos 609 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, virólogos 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 12/2016. Nº 465. 31 de marzo de 2016.