



Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España

Semana 03/2016 (18 - 24 de enero 2016)

Nº 456. 28 de enero de 2016

Inicio de la onda epidémica de gripe 2015-16 en España, asociada a circulación predominante de 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 03/2016 la tasa global de incidencia de gripe es de 80,19 casos por 100.000 habitantes, superando por primera semana el umbral basal, lo que indica el inicio de la onda epidémica de gripe de la temporada 2015-16.
- De las 245 muestras centinela analizadas, 114 han sido positivas para el virus de la gripe (46,5%), 12% son virus B y 86% virus A (95% de A(H1N1)pdm09 entre los subtipados). La tasa de detección viral continúa en aumento, con una evolución creciente durante siete semanas consecutivas.
- 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 189 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en 14 CCAA. El 91% de los casos fueron virus A. De las detecciones A subtipadas, el 97% fueron A(H1N1)pdm09. Se han registrado 13 defunciones confirmadas, asociándose el 92% a virus A [8 A no subtipado, 3 A(H1N1)pdm09 y uno A(H3N2)]
- En Europa, en la semana 02/2016 la proporción de muestras centinela positivas a virus gripales continúa incrementándose, siendo esta semana del 38%, lo que indica que la actividad gripal se intensifica en la región. En lo que va de temporada, el 77% de las muestras centinela positivas son virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09, que representan el 79% de los subtipados.

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

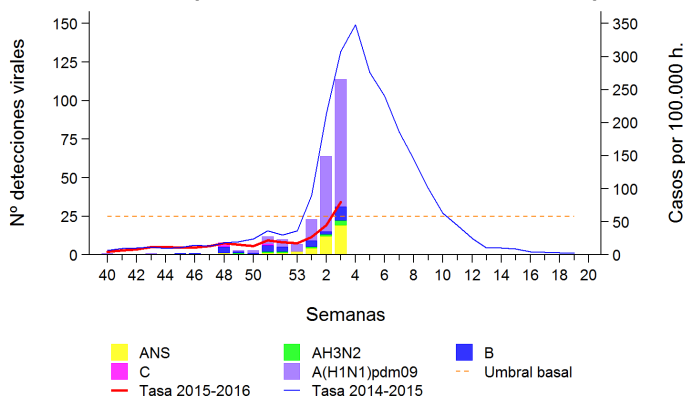
Vigilancia epidemiológica: Sistemas centinela

En la semana 03/2016 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 siete redes centinela (Andalucía, Canarias, Cataluña, Ceuta, Extremadura, Madrid y La Rioja), mientras que en Asturias, Castilla León y Navarra ya se superó en la semana previa, y en el País Vasco en la semana 01/2016. La difusión de la enfermedad se intensifica en diversas partes del territorio sujeto a vigilancia: el nivel de difusión es epidémico en Asturias, Canarias, Castilla y León y Madrid, local en Aragón, Baleares, Cataluña, Ceuta, el País Vasco y Navarra, y esporádico o nulo en el resto. La evolución de la actividad gripal se señala creciente en doce redes centinela, mientras que en el resto del territorio sujeto a vigilancia permanece estable.

La tasa global de incidencia de gripe en la semana 03/2016 aumenta a 80,19 casos por 100.000 habitantes (Razón de tasas: 1,8; IC 95%: 1,6-2,0), superándose por primera semana el umbral basal establecido para la temporada 2015-16 e iniciándose la fase de ascenso de la onda epidémica estacional. El inicio de la epidemia gripal tiene lugar por lo tanto dos semanas después que en la temporada pasada (Figura 1).

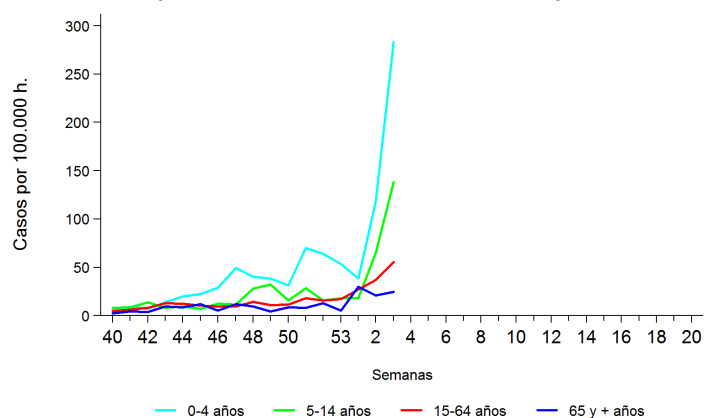
Por grupos de edad, se observa un incremento significativo en las tasas de incidencia de gripe en todos los grupos, excepto el de mayores de 64 años (Figura 2).

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



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

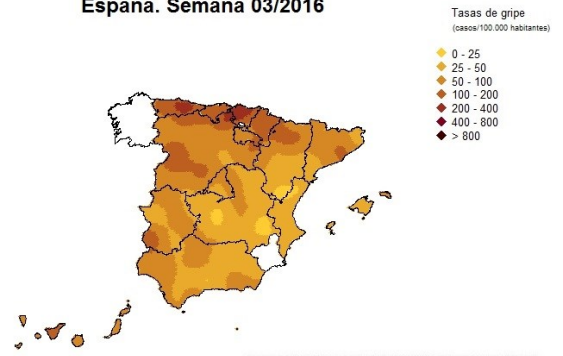


Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

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 03/2016 se observa un incremento de incidencia gripal en el norte y oeste peninsular, principalmente Asturias, Cantabria, País Vasco, Navarra, Castilla y León, Extremadura y Canarias, así como en zonas de Aragón, Cataluña, Madrid, Castilla La Mancha y Andalucía (Figura 3). Más información sobre el análisis geográfico de la incidencia de gripe puede consultarse [aquí](#).

España. Semana 03/2016



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

Vigilancia virológica

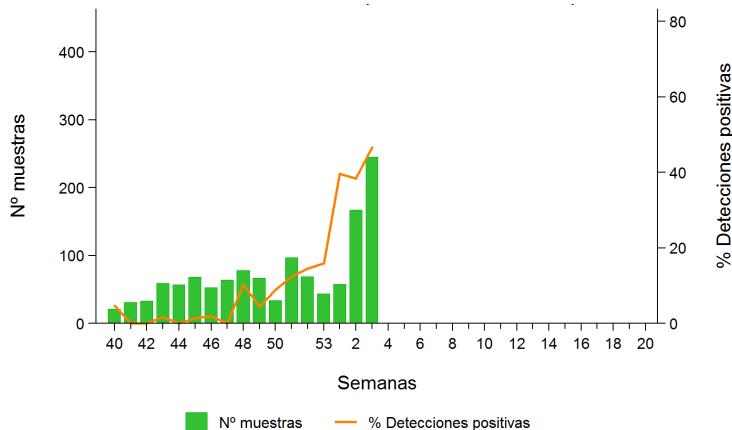
En la semana 03/2016 se enviaron a los laboratorios del sistema 245 muestras centinela, de las que 114 (46,5%) han sido positivas para el virus de la gripe: 83 A(H1N1)pdm09, 19 A no subtipadas, tres A(H3N2) y 9 tipo B. La tasa de detección viral mantiene una evolución creciente de forma ininterrumpida desde la semana 49/2015, a pesar del descenso en el número de muestras observado durante el periodo de "vacaciones de navidad". El incremento de la incidencia gripal por encima del umbral basal, junto con este incremento continuado del porcentaje de muestras positivas se corresponde con el inicio de la onda epidémica gripal (Figura 4)*.

Además se han notificado 136 detecciones no centinela: 85 A no subtipadas, 37 A(H1N1)pdm09, 4 A(H3N2) y 10 tipo B.

Desde el inicio de la temporada 2015-16 de las 1.245 muestras centinela analizadas, 248 (20%) fueron positivas a virus gripales: 86% fueron virus A, 12% B y 2% virus C (Figura 5). Entre los 174 virus A subtipados (75%), el 95% son A(H1N1)pdm09 y el 5% virus A(H3N2). Además se notificaron 393 detecciones no centinela: 88% A [90% A(H1N1)pdm09 y 10% A(H3N2), entre los subtipados (35%)], 11% B y 1% C.

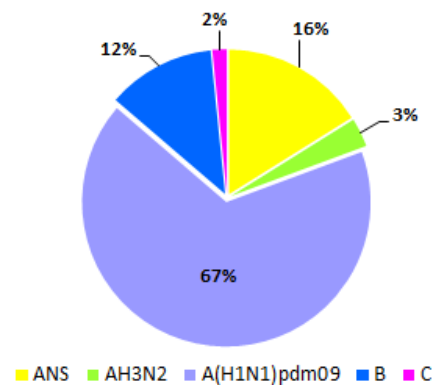
*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que podrían variar en función de la semana de presentación de los informes.

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



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

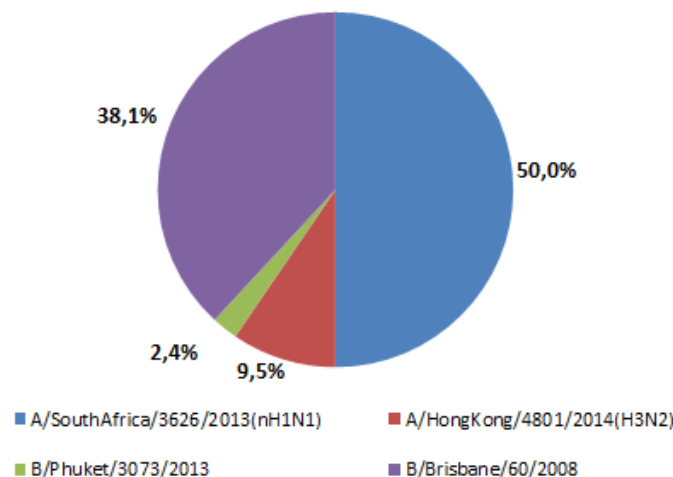


Fuente: CNE. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

Basándose en el estudio de la hemaglutinina, el Centro Nacional de Microbiología ha caracterizado genéticamente 21 virus de la gripe A(H1N1), todos ellos semejantes a A/SouthAfrica/3626/2013, 4 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).

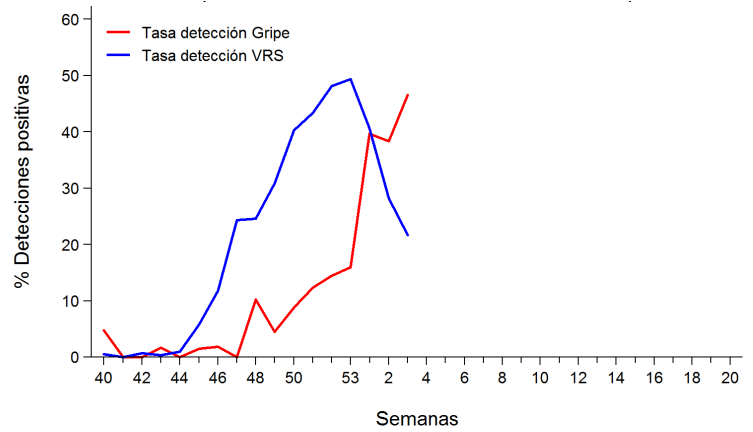
El análisis de la susceptibilidad a antivirales inhibidores de la neuraminidasa de 4 de los virus AH1N1, uno de los virus AH3N2, y 3 de los virus B caracterizados no ha evidenciado la identificación de mutaciones de resistencia a oseltamivir o zanamivir.

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



Fuente: Sistema de Vigilancia de la Gripe en 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 03/2016 se han analizado 734 muestras, entre las que se han identificado 159 detecciones de VRS (21%). 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 el aumento en la intensidad de 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

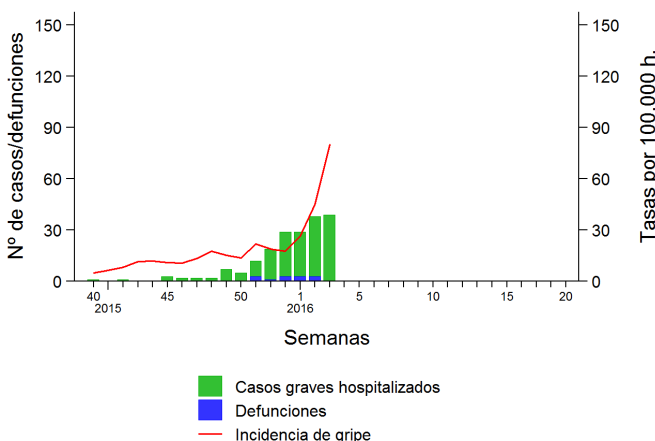
Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 189 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en 14 CCAA, de los que el 58% son hombres (Figura 8).

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 (34%) se registra en el grupo de mayores de 64 años, seguido del grupo de 45-64 años (33%) (Figura 9). En el 91% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A, en el 7% el virus B, y en el 2% C. De las detecciones A subtipadas el 97% fueron A(H1N1)pdm09.

El 74% de los pacientes con información disponible, presentaban factores de riesgo de complicaciones de gripe, siendo el más prevalente la enfermedad pulmonar crónica (22%).

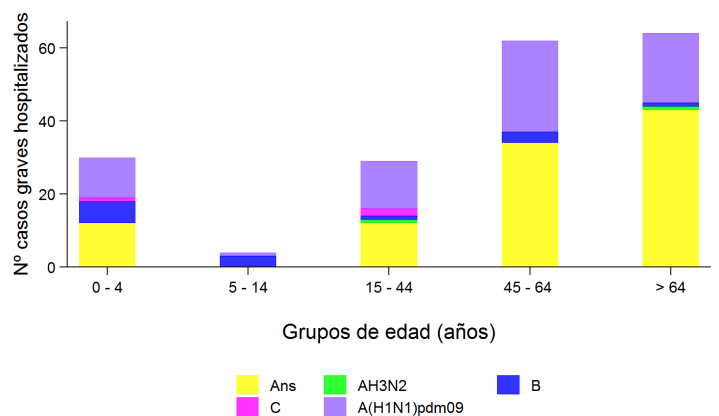
El 82% de los pacientes desarrolló neumonía y el 46% ingresó en UCI. De los 103 pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, sólo el 25% había recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

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

Mortalidad relacionada con gripe

Defunciones en casos graves hospitalizados confirmados de gripe

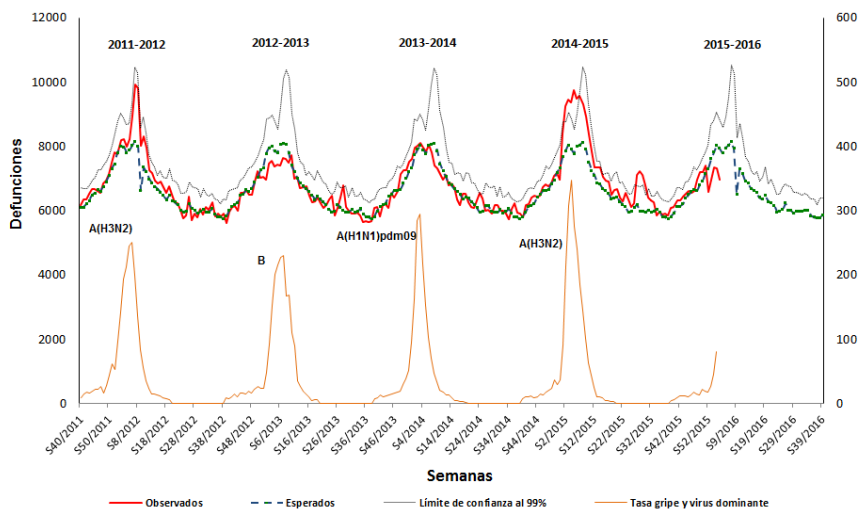
Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 13 defunciones por virus de la gripe confirmadas por laboratorio, 92% por virus A [8 A no subtipado, 3 A(H1N1)pdm09 y uno A(H3N2)] y 8% por virus B. Las defunciones se han producido en cinco CCAA. El 75% de los pacientes eran mayores de 44 años (el 46% mayores de 64 años). De los 13 casos, once ingresaron en UCI. De los ocho casos susceptibles de vacunación antigripal, con información disponible, sólo uno (13%) 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 03/2016 no sobrepasa la mortalidad esperada para este periodo (Figura 10).

Figura 10. Mortalidad diaria por todas las causas e incidencia semanal de gripe. España. Hasta semana 03/2016



Vigilancia internacional de la gripe

Situación en Europa: En la semana 02/2016, la actividad gripal aumenta en la región, asociada principalmente a A(H1N1)pdm09 (444 detecciones notificadas esta semana, que suponen el 38% del total de detecciones de A(H1N1)pdm09 desde el inicio de la temporada). De los 41 países que notificaron, en 32 se señala un nivel basal de intensidad gripal, nivel medio en ocho, siendo alto en Grecia y Malta. En 15 países la difusión geográfica fue esporádica, local en 11, regional en 2 y epidémica en 9 (Grecia, Eslovenia, Finlandia, Holanda, Irlanda, Israel, Noruega, Portugal, y Suecia). La proporción de muestras centinela positivas a virus gripales continua incrementándose, siendo esta semana del 38%. En lo que va de temporada, el 77% de las muestras centinela positivas son virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09, que representan el 79% de los subtipados. Adicionalmente, el 89% de los 81 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 1 de los 176 virus testados [subtipo A(H1N1)pdm09] ha presentado una susceptibilidad reducida a los inhibidores de la neuraminidasa. Desde el inicio de la temporada, 575 casos graves hospitalizados confirmados de gripe han sido notificados por siete países. De los 361 ingresados en UCI, el 92% eran tipo A, siendo el A(H1N1)pdm09 el subtipo dominante (91% de los subtipados). Para más información consultar el informe conjunto de gripe [ECDC - Región Europea de la OMS](#).

Situación en el mundo: Niveles altos de actividad gripal se han notificado desde algunos países de Asia Occidental. A nivel global, la actividad gripal se está elevando en algunos países templados del hemisferio norte, pero en general se mantuvo baja.

En Asia central y este del continente, aunque la actividad gripal aumenta en algunos países, en general permanece baja. En Asia occidental en cambio se han notificado niveles altos de actividad. Israel, Jordania y Omán presentan un incremento asociado a virus A(H1N1)pdm09 y tipo B. En la República Islámica de Irán y Paquistán se registró una elevada actividad gripal con predominio de virus A(H1N1)pdm09, mientras que Bahrein y Qatar notificaron un descenso de la actividad gripal.

En el norte de África la actividad es en general baja, y desde África tropical se han notificado escasas detecciones de virus de la gripe. En la mayoría de los países de la zona tropical de América se mantiene una baja actividad gripal. En Asia tropical y sureste de Asia se mantiene una baja actividad gripal, excepto en Tailandia y Laos, con detecciones de virus B.

En los países templados del hemisferio sur la actividad gripal permanece baja, con escasas detecciones de virus de la gripe.

Según datos de FluNet, del 14 al 27 de diciembre de 2015 se registraron 4.383 detecciones de virus gripales, siendo el 89% virus A y el 11% virus B. De los virus tipo A subtipados, el 93% fueron A(H1N1)pdm09. De los virus tipo B caracterizados, el 53% pertenecían al linaje Yamagata y 47% al linaje Victoria. Para más información consultar el último informe publicado por la [OMS](#) el 11 de enero de 2016.

EUA: En la semana 02/2016 los datos de laboratorio indican que 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 2,1%, coincidiendo con el umbral basal establecido para la temporada. La tasa de detección de virus gripales ha aumentado ligeramente. No se han notificado nuevas defunciones pediátricas asociadas a gripe en esta semana, manteniéndose en 7 las muertes registradas desde el inicio de esta temporada 2015-16. La proporción de defunciones atribuibles a gripe y neumonía (6,8%) en la semana 52/2015 está por debajo del umbral basal epidémico establecido para dicha semana (7,4%). Más información en [FluView \(CDC\)](#)

Canadá: En la semana 02/2016 la actividad gripal en Canadá fue similar a la semana previa. El número de detecciones de virus de la gripe aumenta ligeramente, aunque se mantiene por debajo de lo esperado para esta fecha del año. En esta semana 02/2016 el mayor número de estas detecciones corresponda a virus tipo A, predominando A(H1N1)pdm09. La mayoría de detecciones de virus y hospitalizaciones se ha producido en el grupo de mayores de 65 años. Más información en [FluWatch](#)

Infección humana por el virus de la gripe A(H5): Desde la última actualización de la OMS (14 de diciembre de 2015) se han notificado dos nuevos casos humanos confirmados por laboratorio infectados con el virus de la gripe aviar **A(H5N1)**. Se trata de un varón de 60 años notificado desde Bangladesh, y un varón de 42 años desde la provincia china de Sichuan, ambos con antecedente de exposición a aves de corral. 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 la última actualización el 18 de diciembre de 2015, se han notificado 10 nuevos casos confirmados por laboratorio de virus de la gripe A(H7N9) desde China. Todos ellos con antecedente de exposición a aves de corral. 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](#).

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-GRUPE@isciii.es, alarrauri@isciii.es, cdelgados@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 03/2016. Nº 456. 28 de enero de 2016.