



Informe semanal de Vigilancia de la Gripe en España

Semana 17/2016 (25 de abril – 1 de mayo 2016)

Nº 470. 5 de mayo de 2016

Actividad gripal basal en España asociada a una circulación esporádica de virus B

- 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 17/2016 persiste el descenso de la actividad gripal con una tasa de incidencia de gripe de 16,05 casos por 100.000 habitantes, propia del periodo pre-epidémico.
- En la temporada actual 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.
- El porcentaje de muestras positivas a virus gripales desciende respecto a la semana previa (28%, frente a 40%). El virus tipo B (100% esta semana) predomina desde la semana 11/2016.
- 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 2.979 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) en todas las CCAA y las dos ciudades autónomas. El 85,9% de los casos fueron virus A. De las detecciones A subtipadas, el 98% fueron A(H1N1)pdm09. Se han registrado 314 defunciones confirmadas, asociándose el 92,4% a virus A [180 A(H1N1)pdm09, cinco A(H3N2) y 105 A no subtipado] y 7,6% (24 casos) a virus B.
- En el análisis realizado hasta la semana actual, la mortalidad general observada ha sobrepasado a la esperada en las semanas 9, 11 y 13-14/2016. Este aumento se manifiesta en el grupo de 15 a 64 años.
- En la semana 16/2016 la mayoría de los países europeos (92%) notificaron una tendencia decreciente, asociado a un descenso también en la proporción de muestras centinela positivas (22%, vs 35% la semana previa). Esta semana, el virus tipo B continúa circulando de forma predominante (75% de las detecciones centinela), tras una temporada en la que el 59% de las muestras centinela positivas han sido virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09 (88% de los subtipados).

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

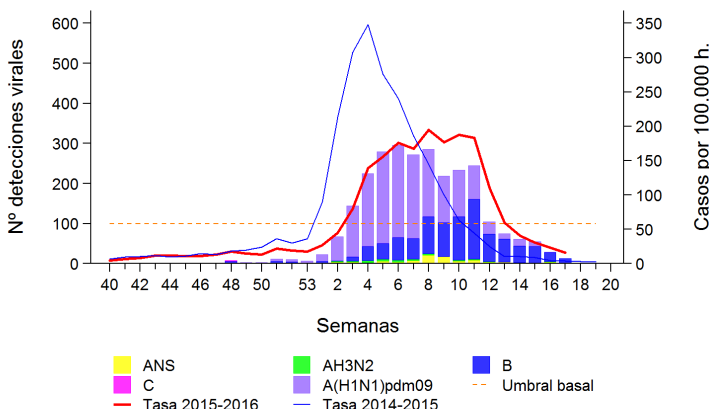
Vigilancia epidemiológica: Sistemas centinela

En la semana 17/2016 se ha recibido información de vigilancia de gripe de todas las redes integradas en el Sistema centinela de vigilancia de gripe en España (ScVGE). La actividad gripal disminuye o se estabiliza en todo el territorio vigilado. El nivel de intensidad de la actividad gripal es basal en todo el territorio vigilado. En todas las redes ha finalizado el periodo epidémico de la temporada 2015-2016. La difusión de la enfermedad es esporádica o nula en todo el territorio.

En la semana 17/2016 la tasa global de incidencia de gripe disminuye a 16,05 casos por 100.000 habitantes (Razón de tasas: 0,67; IC 95%: 0,53-0,85) (Figura 1). Se observa un descenso de la incidencia en los menores de 65 años, aunque solo es significativo en los grupos de 0 a 4 años y de 15 a 64 años. La afectación de la enfermedad es mayor en los menores de 15 años (Figura 2). Se señala un nivel basal de intensidad de actividad gripal, un nivel esporádico de difusión y una evolución decreciente.

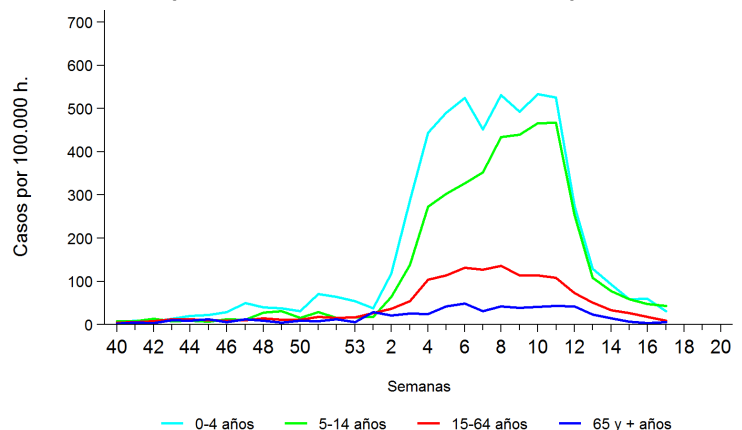
La prolongada estabilidad observada en semanas previas, con una meseta atípica en la curva de incidencia de gripe, podría estar relacionada con la diferente evolución geográfica de la onda epidémica, con un primer pico de actividad asociada a virus A(H1N1)pdm09 en las redes del noroeste peninsular, y una posterior asociada a virus B en las redes del noreste y litoral mediterráneo.

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.

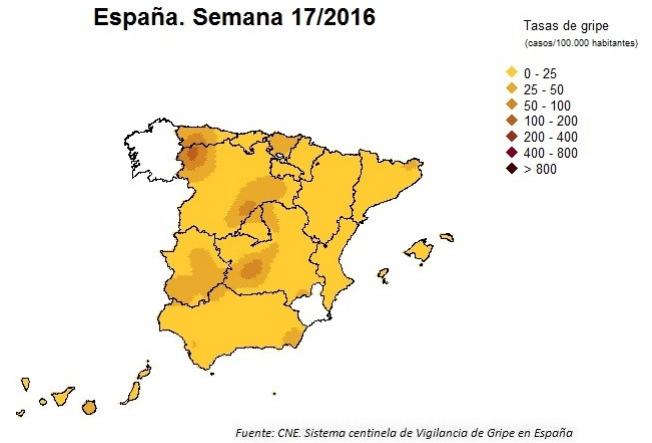
Figura 2. Evolución de la incidencia de la gripe por grupos de edad. Temporada 2015-16. Sistemas centinela. España



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 17/2016 se observa un descenso de la actividad gripal con respecto a la semana previa en la mayor parte del territorio sujeto a vigilancia. Persisten áreas aisladas con mayores tasas de actividad gripal en el centro y noroeste peninsular (Figura 3). Más información sobre el análisis geográfico de la incidencia de gripe puede consultarse [aquí](#).



Vigilancia virológica

Se han enviado a los laboratorios del sistema 46 muestras centinela de las que 13 (28%) han sido positivas para el virus de la gripe, todas ellas virus tipo B*. Se observa pues un descenso en el porcentaje de muestras positivas respecto a la semana previa (40% de muestras positivas en la semana 16/2016). En la figura 4 se observa dicho porcentaje por tipo/subtipo de virus gripal. La intensidad de circulación de virus A(H1N1)pdm09 decrece desde la semana 05/2016, y la de virus B, tras un pequeño repunte hace dos semanas, vuelve a descender. Aunque el virus A(H1N1)pdm09 ha predominado desde el inicio de la epidemia en casi todas las redes, desde la semana 11/2016 ha ido aumentando la contribución del virus tipo B, hasta ser el 100% esta semana. Además, se han notificado 68 detecciones no centinela: 52 tipo B, 3 A(H1N1)pdm09, dos A(H3N2) y 11 A no subtipadas).

Desde el inicio de la temporada 2015-16 de las 5.226 muestras centinela analizadas, 2.676 (51%) fueron positivas a virus gripales: 66,1% fueron virus A, 33,7% B y 0,1% virus C (Figura 5). Entre los 1.684 virus A subtipados (95%), el 97,7% son A(H1N1)pdm09 y el 2,3% virus A(H3N2). Además se notificaron 5.302 detecciones no centinela: 71,6% A [97% A(H1N1)pdm09 entre los subtipados (83%)], 28,3% 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

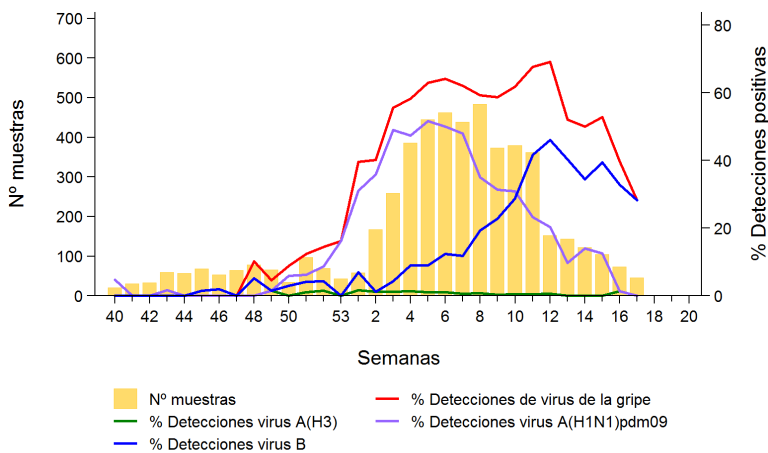
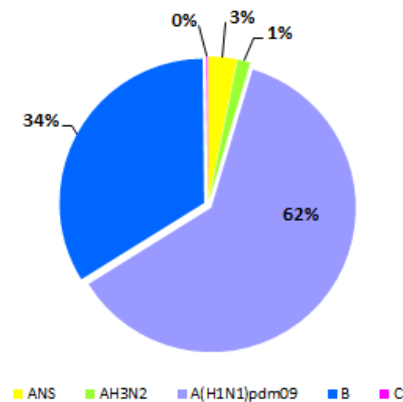


Figura 5. Detecciones centinela de virus de la gripe por tipo/subtipo de virus. Temporada 2015-16. España

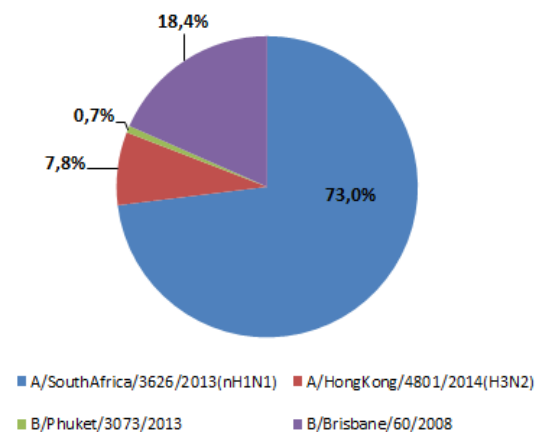


Basándose en el estudio de la hemaglutinina, el Centro Nacional de Microbiología ha caracterizado genéticamente 298 virus de la gripe A(H1N1), todos ellos semejantes a A/SouthAfrica/3626/2013, 32 virus A(H3N2), todos ellos semejantes a A/HongKong/4801/2014, y 78 virus de la gripe B, 3 de ellos semejantes a B/Phuket/3073/2013 (linaje Yamagata) y los 75 restantes semejantes a B/Brisbane/60/2008 (linaje Victoria) (Figura 6).

El análisis de inhibición de la hemaglutinación de 72 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 63 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

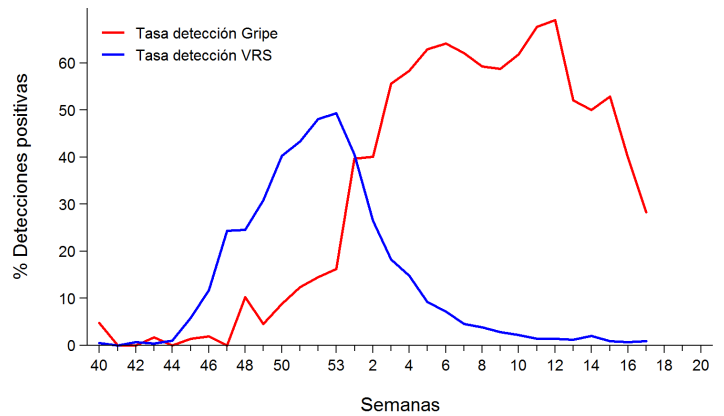


En la semana 17/2016 se han analizado 462 muestras, entre las que se han identificado 4 detecciones de VRS (0,9%). La tasa de circulación viral de VRS se mantiene en descenso desde que se alcanzó un máximo en la semana 53/2015 (49%) (Figura 7). Este descenso continuado en la tasa de detección de virus 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.

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

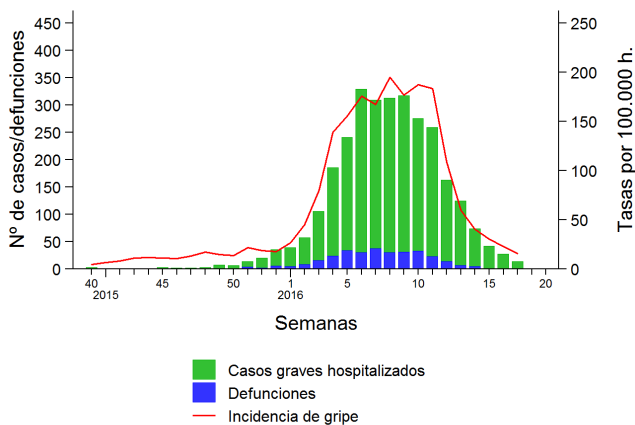
Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado al sistema de vigilancia seis brotes de gripe confirmada por laboratorio en cinco Comunidades Autónomas. Cuatro de ellos han ocurrido en instituciones de cuidados de larga estancia, los cuatro asociados al virus de la gripe A(H1N1)pdm09, y dos 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 2.979 casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG) procedentes de todas las CCAA y las dos ciudades autónomas, de los que el 57% son hombres (Figura 8).

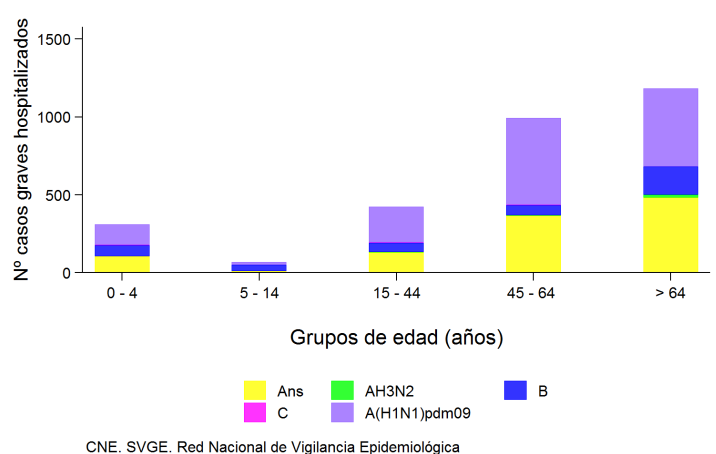
En la figura 9 se muestra la detecciones virales en CGHCG por tipo/subtipo de virus y grupo de edad. El mayor número de casos se registra en el grupo de mayores de 64 años (40%), y en el de 45-64 años (33%). En el 85,9% de los pacientes se identificó el virus de la gripe A, en el 14% el virus B, y en el 0,1% C. De las detecciones A subtipadas (1.465 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

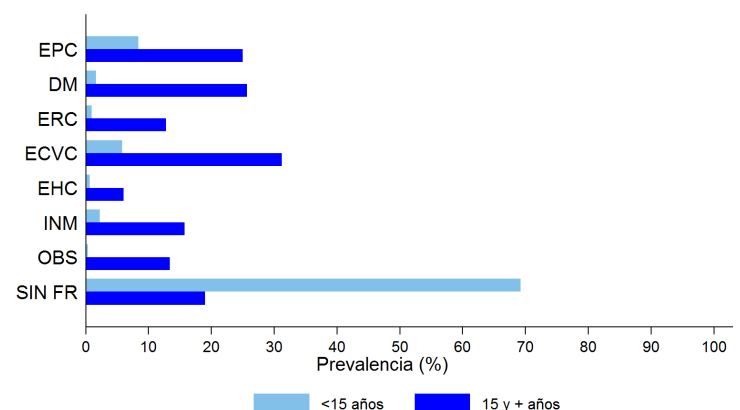


CNE. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

El 75% 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 (31%), la diabetes (26%) y la enfermedad pulmonar crónica (25%), y en los menores de 15 años la enfermedad pulmonar crónica (8,5%) y las enfermedades cardiovasculares (6%) (Figura 10).

El 80% de los pacientes desarrolló neumonía y 1.036 casos ingresaron en UCI (35,3% de los que tenían información sobre este aspecto). De los 1.789 pacientes pertenecientes a grupos recomendados de vacunación, el 65% no habían recibido la vacuna antigripal de esta temporada.

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

Defunciones en casos graves hospitalizados confirmados de gripe

Desde el inicio de la temporada 2015-16 se han notificado 314 defunciones por virus de la gripe confirmadas por laboratorio, 92,4% por virus A [180 A (H1N1)pdm09, cinco A(H3N2) y 105 A no subtipado] y 7,6% (24 casos) por virus B (Figura 11). Las defunciones se han producido en 18 CCAA, y el 58% eran hombres. El número de defunciones aumenta con la edad del paciente. El 91% de los pacientes eran mayores de 44 años (el 58% mayores de 64 años). De los 314 casos, 193 habían ingresado en UCI. Entre los 245 casos susceptibles de vacunación antigripal, con información disponible, 144 (59%) 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.

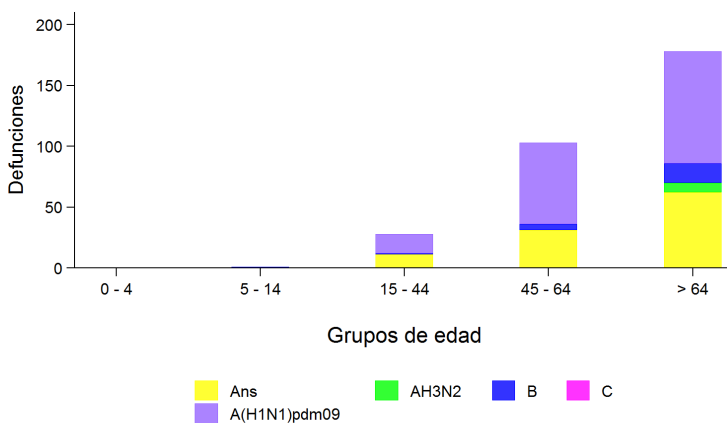
Excesos de mortalidad diaria por todas las causas

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. En el análisis realizado hasta la semana actual, la mortalidad general observada ha sobrepasado a la esperada en las semanas 9, 11, 13 y 14/2016 (Figura 12). Este aumento se manifiesta en el grupo de 15 a 64 años, donde se estima un exceso de un 11-18% (por encima de 2 Zscores) del total de defunciones esperadas. Los resultados se confirman con el algoritmo EuroMOMO que identifica excesos significativos de mortalidad en España en el grupo de 15-64 años en varias semanas no consecutivas del 2016. Excesos similares se han informado en varios países europeos.

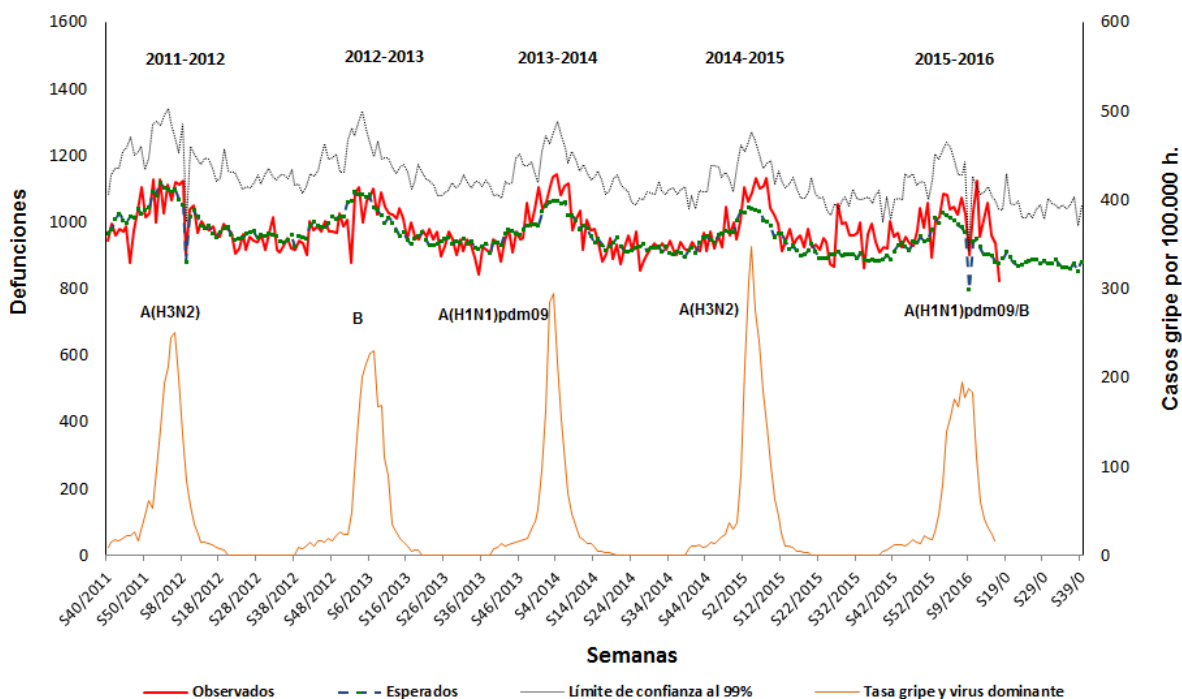
(Ver: <http://www.euromomo.eu/>).

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



CNE. SVGE. Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica

Figura 12. Mortalidad diaria por todas las causas e incidencia semanal de gripe. Grupo 15-64 años. España. Hasta semana 17/2016



Situación en Europa:

En la semana 16/2016 la actividad gripal continua descendiendo en la región. La mayoría de los países (92%) notificaron una tendencia descendente, asociada a un descenso también en la proporción de muestras centinela positivas a virus gripales (22%, frente a 35% la semana pasada). Esta semana, el virus tipo B supone el 75% de las detecciones centinela. Así pues, el virus A(H1N1)pdm09 predominó al principio de la temporada, seguido de un incremento paulatino de la proporción de B, que predomina desde la semana 9/2016. En lo que va de temporada, el 59% de las muestras centinela positivas son virus tipo A, principalmente A(H1N1)pdm09 (88% de los subtipados). En cuanto a los virus tipo B subtipados desde la semana 40/2016, 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 20 de los 2.240 virus A(H1N1)pdm09 testados, y uno de los 134 A(H3N2), han presentado una susceptibilidad reducida a los inhibidores de la neuraminidasa. Desde el inicio de la temporada, 10.997 casos graves hospitalizados confirmados de gripe han sido notificados por ocho países. De los 5.697 ingresados en UCI, el 83% 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 (57%), seguido de los mayores de 64 (33%). Entre los 18 países que notifican a EuroMOMO, se ha observado un patrón que sugiere exceso de mortalidad por todas las causas en el grupo entre 15 y 64 años desde finales de 2015 hasta la semana 14/2016. Este patrón es similar al observado en la temporada 2012-13, y algo inferior al de 2014-15. Para más información consultar el informe conjunto de gripe [ECDC - Región Europea de la OMS](#).

Situación en el mundo:

A nivel global, la actividad gripal decrece en el hemisferio norte. Se sigue notificando un predominio de actividad del virus tipo B en Norte América, zona templada del norte de Asia, sur de Asia, y algunas zonas de Europa. En Norte América se observa una actividad decreciente, co-circulando A(H1N1)pdm09 y B. En Europa y zona templada del norte de Asia se observa una actividad decreciente, con predominio de circulación de virus tipo B. En el norte y oeste de África continua decreciendo la actividad gripal, asociada a virus tipo A. En los países de América Central y Caribe la actividad es baja, excepto en Jamaica, donde, a pesar de descender, continúa alta. También en Guatemala y El Salvador se notifica actividad alta, asociada a A(H1N1)pdm09. En América del sur, la actividad es alta en Brasil, asociada también a A(H1N1)pdm09 predominantemente. En Colombia se observa una alta circulación de VRS. Según datos de FluNet, del 4 al 17 de abril de 2016 se registraron 20.933 detecciones de virus gripales, siendo el 53% virus B. De los virus tipo A subtipados, el 85% fueron A(H1N1)pdm09. De los virus tipo B caracterizados, el 82% pertenecían al linaje Victoria. Para más información consultar el último informe publicado por la [OMS](#) el 2 de mayo de 2016.

Estados Unidos: En la semana 16/2016 la actividad gripal desciende, siendo el virus tipo B el predominante (53%). La proporción de síndromes gripales en visitas extra-hospitalarias desciende hasta el 2,0%, por debajo del umbral basal establecido para la temporada (2,1%). La tasa de detección de virus gripales continua descendiendo (12,5% esta semana vs 13,4% la previa). En lo que va de temporada, el virus tipo A supone el 73% 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 (70% entre los caracterizados). Más información en [FluView \(CDC\)](#)

Canadá: A nivel nacional, la actividad gripal alcanzó su pico en la segunda semana de marzo. En la semana 16/2016 los indicadores de actividad permanecen igual o disminuyen respecto a la semana anterior. El porcentaje de nuestras positivas desciende (de 21% en la semana 15 a 19% en la semana 16). La proporción de virus tipo B aumenta al 64%. En lo que va de temporada el 76% de las detecciones corresponde a virus tipo A, siendo el 92% de los virus subtipados A(H1N1)pdm09. Las hospitalizaciones, ingresos en UCI por gripe y muertes en población pediátrica, aunque disminuyendo, se mantiene por encima de lo esperado en base a lo ocurrido en temporadas previas. Más información en [FluWatch](#)

Infección humana por el virus de la gripe A(H5): Desde 2003 hasta el 04 de abril de 2016 se han notificado oficialmente a la OMS un total de 850 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):** Desde marzo de 2013 hasta el 19 de abril de 2016 se han notificado a la OMS un total de 753 casos confirmados por laboratorio de infección humana por virus de la gripe aviar A(H7N9), de los cuales al menos 295 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): A nivel global, desde septiembre de 2012, y hasta el 23 de abril de 2016, la OMS ha recibido la notificación de 1.728 casos confirmados de MERS-CoV procedentes de 27 países, incluyendo al menos 624 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-GRYPE@isciii.es, alarrauri@isciii.es, cdelgad@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 17/2016. Nº 470. 5 de mayo de 2016.