

Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios

Semana 02/2021 (11 - 17 de enero de 2021)

Nº 11. 21 de enero de 2021

Se incrementa la incidencia de Infección Respiratoria Aguda Grave, y se mantiene la ausencia de virus gripales

Índice

- Nota preliminar: Estrategia de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria y en Hospitales
- Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria
- Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales
- Vigilancia virológica de la gripe
- Vigilancia de virus respiratorio sincitial (VRS)
- Excesos de mortalidad por todas las causas
- Información adicional de la gripe procedente de otras fuentes
- Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Resumen

- En la semana 02/2021 Aragón notifica la detección de un virus de la gripe tipo B a partir de una muestra no centinela. Desde el inicio de la temporada se han notificado 6 detecciones de la gripe procedentes de muestras no centinela: 4 virus tipo B y 2 virus tipo A [un A(H1N1)pdm09 y un ANS].
- Ocho CCAA están trabajando en el establecimiento de la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda (IRAs) en Atención Primaria y de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en hospitales y se irán incorporando progresivamente a la notificación habitual al SVGE.
- Andalucía, Cataluña y La Rioja han notificado al SVGE información sobre IRAs en Atención Primaria, con una tasa global de 199,9 casos de IRAs por 100.000 habitantes.
- Aragón, Castilla y León y Cataluña han notificado al SVGE información sobre IRAG en la semana 02/2021, con una tasa global que asciende a 20,4 casos de IRAG por 100.000 habitantes, frente a 13,2 casos /100.000 habitantes en la semana previa.
- En la semana 02/2021 no se ha identificado ninguna detección de VRS entre las 203 muestras analizadas en Andalucía, Aragón, Baleares, Galicia y Murcia. Desde el inicio de la temporada se han identificado cinco detecciones de VRS entre las 2.680 muestras analizadas.
- El Sistema de Monitorización de Mortalidad Diaria (MoMo) estima que se han producido 3 periodos de exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional: del 10 de marzo al 09 de mayo, del 20 de julio al 29 de agosto y del 1 de septiembre al 26 de diciembre, con 44.586, 4.730 y 21.612 defunciones en exceso, respectivamente. En los tres periodos el exceso de mortalidad se concentra en los mayores de 74 años.
- A nivel mundial, a pesar de un aumento en la frecuencia de diagnósticos de gripe en algunos países, la actividad gripal se mantiene en niveles más bajos de lo esperado para esta época del año. En la zona templada del hemisferio norte, la actividad gripal se mantiene en niveles de intertemporada, aunque se han notificado detecciones esporádicas de virus de la gripe en algunos países. En Europa, desde el inicio de la temporada, 426 de 207.447 muestras no centinela han sido positivas para gripe: 212 (49,8%) tipo A y 214 (50,2%) tipo B. De las 41 muestras tipo A subtipadas, 31 (76%) fueron A(H3) y 10 (24%) fueron A(H1)pdm09. Sólo 5 de los virus tipo B notificados hasta el momento han sido adscritos a linaje: 4 B/Victoria y uno B/Yamagata. ECDC señala que la temporada de gripe en la Región Europea de la OMS habitualmente ha comenzado ya en esta época del año. A pesar de que se están realizando pruebas para la detección del virus de la gripe de forma general y continuada, la actividad de la gripe notificada permanece aún en un nivel muy bajo. Sin embargo, en el contexto de la pandemia de COVID-19, los datos de gripe presentados deben interpretarse con cautela, especialmente en términos de

Nota preliminar: Estrategia de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria y en Hospitales

La vigilancia de la gripe en España se ha servido habitualmente de la ayuda de diversos sistemas y fuentes de información que permitían ofrecer una visión amplia del comportamiento de la enfermedad y de los virus gripales circulantes, tanto en el conjunto del Estado español como en cada comunidad autónoma (CA). La emergencia de COVID-19 durante febrero y marzo de 2020 produjo una distorsión de estos sistemas de vigilancia, tanto las redes de vigilancia centinela en Atención Primaria (AP) como a la vigilancia de la gripe en el ámbito hospitalario, afectando profundamente a su funcionamiento en todas las comunidades autónomas (CCAA). Esta distorsión ha obligado a replantear y adaptar la vigilancia de la gripe.

Siguiendo las recomendaciones internacionales del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) se están implementando sistemas de vigilancia centinela en el ámbito de la AP y hospitalaria, basándonos en la experiencia conseguida en el marco del Sistema de Vigilancia de Gripe en España (SVGE). El objetivo es vigilar gripe y COVID-19 conjuntamente esta temporada y que estos sistemas permanezcan en el tiempo como sistemas de vigilancia de infección respiratoria aguda (IRA) leve y grave, con los que se podrá vigilar, además de los dos virus mencionados, cualquier otro virus respiratorio o posible agente etiológico emergente en el futuro.

Así pues, dentro del Sistema de Vigilancia de Gripe y otros Virus Respiratorios en España se pondrán en funcionamiento los siguientes sistemas de información:

- Vigilancia centinela de IRA en Atención Primaria (IRAs)
- Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales

Desde junio de 2020, el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), en colaboración con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES), está trabajando estrechamente con las CCAA para la implementación de ambas estrategias de vigilancia. Hasta el momento 8 CCAA ya están trabajando en el establecimiento de la vigilancia centinela de IRAs e IRAG. Cinco CCAA más han declarado el interés en su incorporación a la vigilancia centinela de IRAs (cuatro CCAA) y a la de IRAG (una CCAA).

La transición entre los sistemas de vigilancia tradicionales de gripe y la implantación de los nuevos para la vigilancia de IRA supone un reto en el momento actual, tanto para los sistemas asistenciales en AP y hospitalarios de las CCAA, como para las Unidades de Salud Pública. Además, esta vigilancia debe convivir con la vigilancia universal de COVID-19 que se viene realizando desde el inicio de la pandemia¹ para garantizar el control y aislamiento inmediato de los casos y seguimiento de sus contactos. Por ello las CCAA se irán incorporando a estas estrategias de vigilancia centinela de IRAs e IRAG progresivamente.

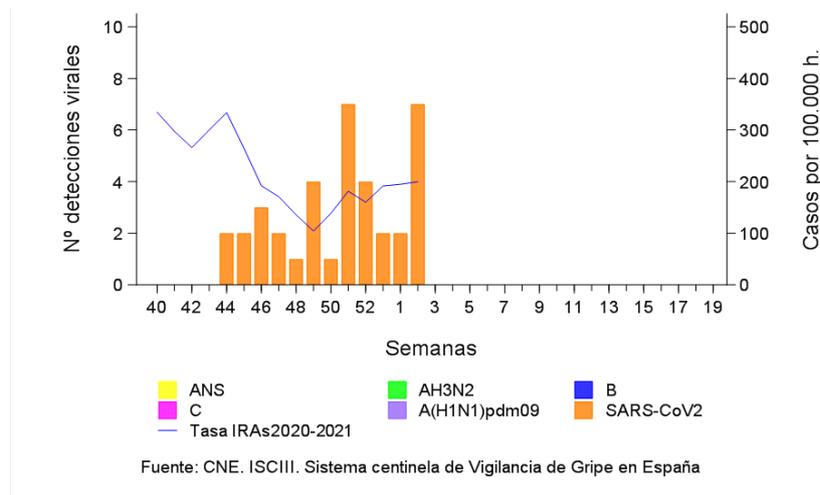
Más información sobre los sistemas y fuentes de información se puede consultar en el último apartado de este informe.

¹ Estrategia de diagnóstico, vigilancia y control en la fase de transición de la pandemia de covid-19. indicadores de seguimiento (Ministerio de Sanidad). actualizado a 12 de noviembre de 2020. disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov-China/documentos/COVID19_Estrategia_vigilancia_y_control_e_indicadores.pdf

Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria

En la semana 02/2021 Andalucía, Cataluña y La Rioja han notificado al SVGE información sobre IRAs. La tasa global en la semana 02/2021 es de 199,9 casos de IRAs por 100.000 habitantes (194,9 casos por 100.000 h en la semana 01/2021) (Figura 1).

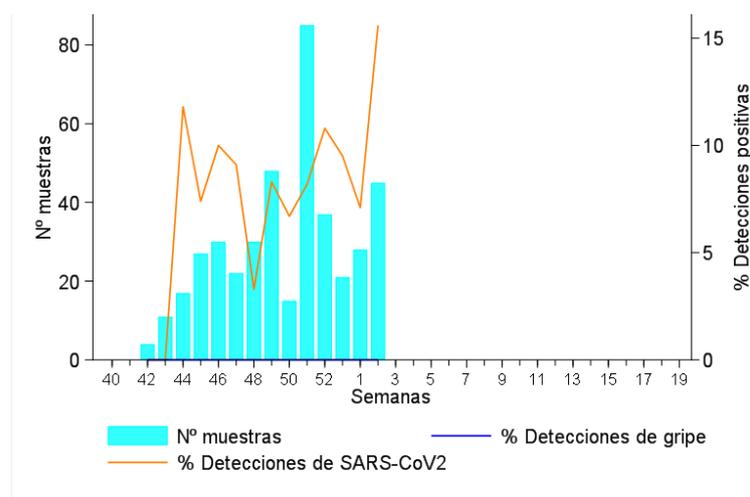
Figura 1. Tasas de incidencia semanal de IRAs y nº de detecciones SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



De las 45 muestras centinelas analizadas esta semana, 7 han sido positivas a SARS-CoV-2. El porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 asciende a 15,6% (frente a 7,1% en la semana previa). Ninguna de las muestras ha sido positiva para virus gripales (Figura 2).

Desde que se ha iniciado la temporada se han analizado 420 muestras respiratorias en pacientes con IRAs, identificándose 37 (8,8%) virus SARS-CoV-2 y ningún virus gripal.

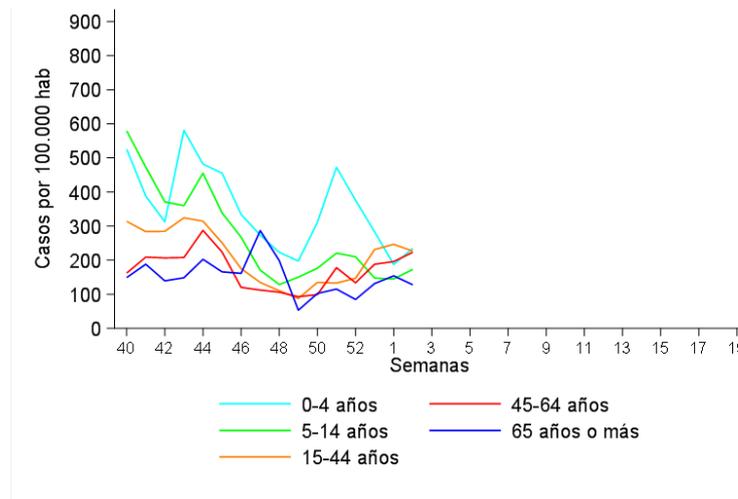
Figura 2. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



Por grupos de edad, esta semana, las mayores tasas de incidencia se observan en el grupo de 0 a 4 años (234,5 casos/100.000 h) seguida por la del grupo de 15 a 44 años (226,4 casos/100.000 h).

Respecto a la semana previa, se observa un aumento de tasas de incidencia en los grupos de menos de 15 años y en el de 45 a 64 años, si bien no es estadísticamente significativo (Figura 3).

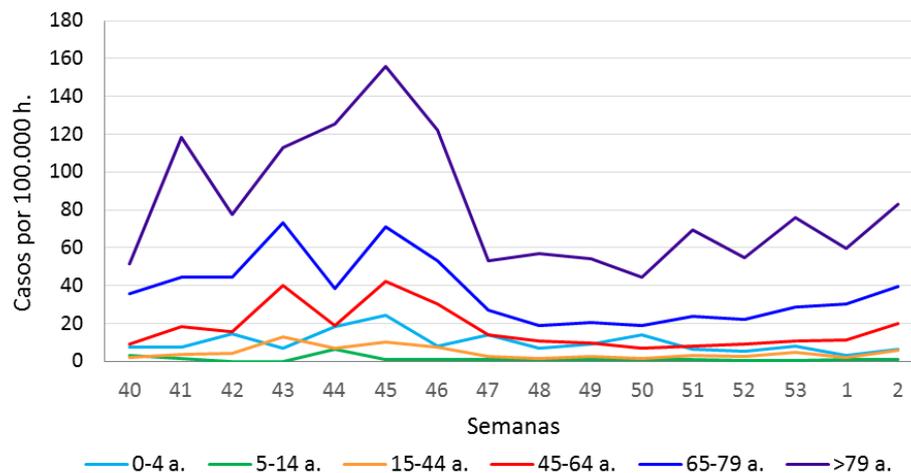
Figura 3. Tasas de incidencia semanal de IRAs por grupo de edad. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales

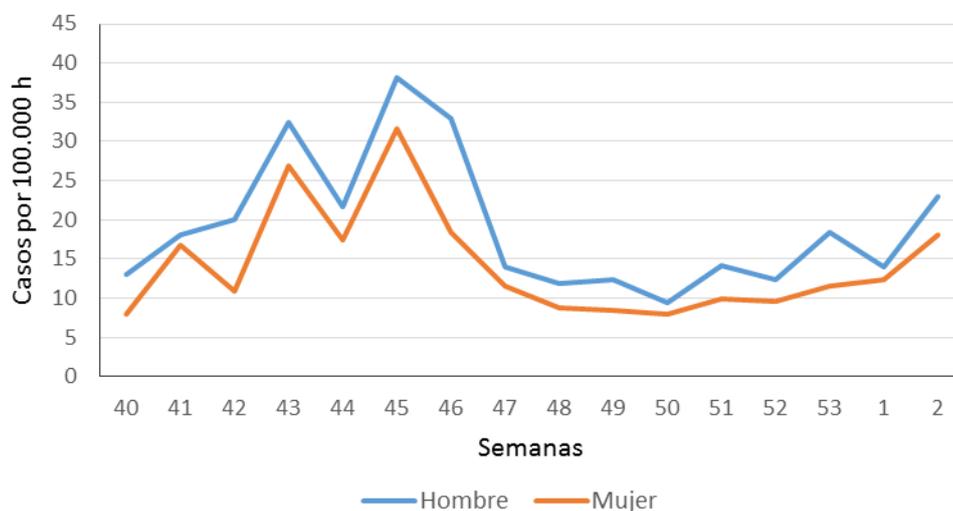
En la semana 02/2021 Aragón, Castilla y León y Cataluña han notificado al SVGE información sobre IRAG. La tasa global asciende de forma estadísticamente significativa a 20,4 casos de IRAG por 100.000 habitantes, frente a 13,2 casos /100.000 habitantes en la semana previa. Las mayores tasas de incidencia se observan en el grupo de mayores de 79 años (83,1 casos /100.000 h), seguido del grupo de 65 a 79 años (39,7 casos/ 100.000 h) (Figura 4). Respecto a la semana previa, se observa un ascenso de las tasas en todos los grupos de edad, siendo el ascenso estadísticamente significativo en los grupos de 15 a 44 años, de 45 a 64 años y en los mayores de 79 años.

Figura 4. Tasas de incidencia semanal de IRAG por grupo de edad. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



Por sexo, en la semana 02/2021, las tasas son ligeramente superiores en hombres que en mujeres: 22,9 casos /100.000h en hombres vs 18,1 casos / 100.000h, en mujeres (Figura 5)

**Figura 5. Tasas de incidencia semanal de IRAG por sexo.
Sistema centinela. Temporada 2020-21. España**



El porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 continúa aumentando: en la semana 02/2021 es 90 % vs (72% y 85%), en las dos semanas previas.

Entre los casos de IRAG confirmados de COVID-19, el mayor porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 (100%) se da en el grupo de 45-64 años, seguido del grupo de 65-79 años (93%).

El 69% de los casos de IRAG desarrollaron neumonía, el 15% ingresaron en UCI y el 12% tuvieron una evolución fatal. Entre los factores de riesgo y enfermedades de base destacan la HTA (54%), enfermedad metabólica (41%), enfermedad cardiovascular (28%) y obesidad (29%). Un 38% son fumadores o exfumadores (≥ 1 año). Un 40% recibieron la vacuna antigripal de esta temporada.

Vigilancia virológica de la gripe

En la semana 02/2021 Aragón notifica la detección de un virus de la gripe tipo B a partir de una muestra no centinela.

Desde el inicio de la temporada, Aragón había notificado también la detección de un virus A(H1N1)pdm09 no centinela en la semana 46/2020 y otro virus tipo A (no subtipado) no centinela en la semana 01/2021. Castilla La Mancha notificó la detección de tres virus de la gripe tipo B no centinela en la semana 49/2020. Así pues, desde el inicio de la temporada se han notificado 6 detecciones de la gripe procedentes de muestras no centinela: 4 virus tipo B y 2 virus tipo A [un A(H1N1)pdm09 y uno ANS]

Vigilancia del virus respiratorio sincitial (VRS)

En la semana 02/2021 no se ha identificado detecciones de VRS entre las 203 muestras analizadas en Andalucía, Aragón, Baleares, Galicia y Murcia*.

Desde el inicio de la temporada se han identificado cinco detecciones de VRS entre las 2.680 muestras analizadas.

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

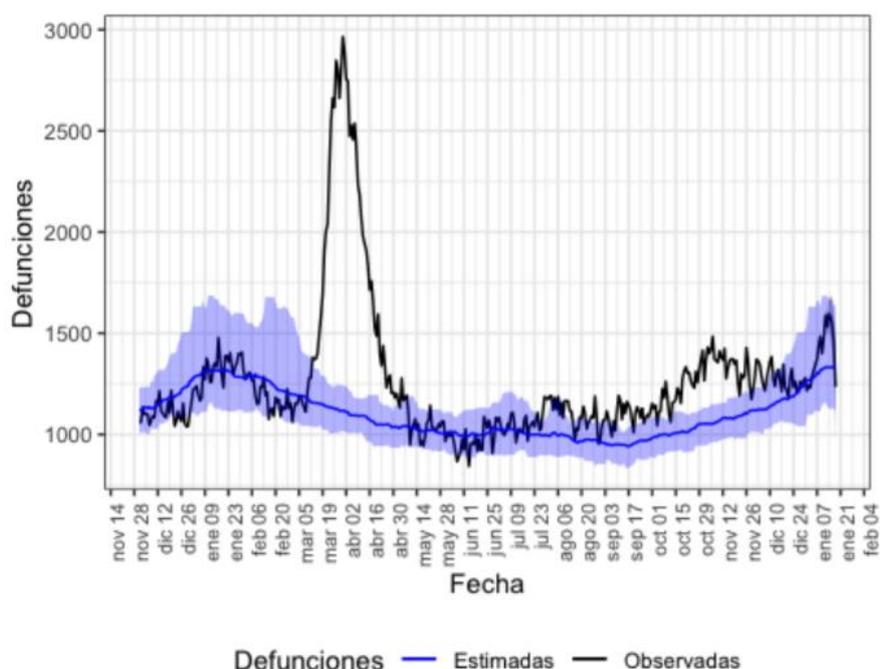
Excesos de mortalidad por todas las causas

El Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) en España, utiliza la información de mortalidad por todas las causas que se obtiene diariamente de 3.929 registros civiles informatizados del Ministerio de Justicia, correspondientes al 93% de la población española y que incluye todas las provincias. Las estimaciones de mortalidad esperada se realizan mediante modelos restrictivos de medias históricas basados en la mortalidad observada de los últimos 10 años. Las defunciones observadas en los últimos 28 días se corrigen por el retraso en la notificación, teniendo en cuenta tres factores: el número de defunciones notificadas diariamente, la distribución de defunciones notificadas diariamente y del número promedio de fallecidos por día, aplicando una regularización a la estimación por máxima verosimilitud.

Los resultados obtenidos con MoMo estiman que se han producido 3 periodos de exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional: del 10 de marzo al 09 de mayo, del 20 de julio al 29 de agosto y del 1 de septiembre al 26 de diciembre, con 44.586, 4.730 y 21.612 defunciones en exceso, respectivamente. En los tres periodos el exceso de mortalidad se concentra en los mayores de 74 años y es superior en mujeres que en hombres.

Para más información, consultar [aquí](#) y en [Panel MoMo](#)

Figura 6. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. España, diciembre 2019 hasta 18 de enero de 2021



Información adicional de gripe procedente de otras fuentes

Una revisión de la información disponible sobre gripe en las páginas WEB de Vigilancia Epidemiológica de las CCAA indica que, en la semana 01/2021, en Aragón, a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM), se notificó un virus A, no subtipado.

Previamente, en la semana 46/2020, en Aragón se notificó la primera detección de virus de gripe de la temporada, con subtipo A(H1N1)pdm09. En Navarra, en la semana 50/2020, se notificó una muestra positiva para virus de la gripe A, no subtipado.

Situación en Europa

Para la Región Europea de la OMS en general, la actividad gripal se mantiene en niveles de inter-temporada. En la semana 01/2021, de 872 muestras centinela analizadas para gripe en Europa, ninguna fue positiva. Desde el inicio de la temporada, de 14.004 muestras centinela analizadas, ocho fueron positivas: 2 tipo A y 6 tipo B. En esta semana 01/2021, 19 de 16.376 muestras no centinela han sido positivas para gripe: 10 tipo A y 9 tipo B. Desde el inicio de la temporada, 426 de 207.447 muestras no centinela han sido positivas para gripe: 212 (49,8%) tipo A y 214 (50,2%) tipo B. De las 41 muestras tipo A subtipadas, 31 (76%) fueron A(H3) y 10 (24%) fueron A(H1)pdm09. Sólo 5 de los virus tipo B notificados hasta el momento han sido adscritos a linaje: 4 B/Victoria y uno B/Yamagata. El resto no están adscritos a ningún linaje concreto. En esta semana no se han notificado al ECDC casos de gripe confirmados por laboratorio ingresados en UCI ni casos hospitalizados en otras unidades.

ECDC señala que la temporada de gripe en la Región Europea de la OMS habitualmente ha comenzado ya en esta época del año. A pesar de que se están realizando pruebas para la detección del virus de la gripe de forma general y continuada, la actividad de la gripe notificada permanece aún en un nivel muy bajo. La pandemia de COVID-19 ha generado una disrupción en la búsqueda y prestación de atención médica y en la capacidad de la realización de pruebas en los países de la Región que está teniendo un impacto negativo en la notificación de datos epidemiológicos y virológicos de gripe en la temporada 2020-21. Debido pues a la pandemia de COVID-19, los datos de gripe presentados deben interpretarse con cautela, especialmente en términos de patrones estacionales. Para más información consultar [ECDC](#)

Situación en el mundo

Igualmente, la OMS en su informe señala también que los actuales datos de vigilancia de la gripe deben interpretarse con cautela ya que la pandemia de COVID-19 en curso ha influido en los comportamientos para solicitar asistencia médica, la dotación de personal / rutinas en los sitios centinela, así como las prioridades y la capacidad de la realización de pruebas en los Estados Miembros. Las diferentes medidas de higiene y distanciamiento social implementadas por los Estados Miembros para reducir la transmisión del virus SARS-CoV-2 probablemente hayan contribuido a reducir la transmisión del virus de la gripe.

A nivel mundial, a pesar de la continuidad en la realización de pruebas para gripe, incluso con frecuencia aumentada en algunos países, la actividad gripal se mantuvo en niveles más bajos de lo esperado para esta época del año. En la zona templada del hemisferio norte, la actividad gripal se mantuvo en niveles de intertemporada, aunque se han notificado detecciones esporádicas de virus de la gripe, tanto tipo A como tipo B, en algunos países. En la zona templada del hemisferio sur la actividad gripal permanece en niveles de intertemporada. En el Caribe y América Central no se han notificado detecciones de virus de la gripe. En el sur de Asia, La India notifica detecciones esporádicas del virus de la gripe. En Sudeste Asiático, se siguieron notificando detecciones de gripe, principalmente A(H3N2), en la República Democrática Popular Lao (PDR) y Vietnam. A nivel mundial, el virus tipo B supone la mayoría de las pocas detecciones notificadas.

Según datos de FluNet, del 7 al 20 de diciembre de 2020 se registraron 379 detecciones de virus gripales en 188.383 muestras analizadas. El 33% fueron virus tipo A y el 67% virus B. De los virus A subtipados, el 86% fueron A(H3N2) y el 14% A(H1N1)pdm09. De los virus B caracterizados, el 98% pertenecían al linaje Victoria y el 2% al linaje Yamagata. Para más información consultar el último informe publicado por la [OMS](#) el 4 de enero de 2020.

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

El 8 de enero de 2021, la OMS notificó un caso de infección humana por virus de la gripe aviar A(H5N6) en una mujer de 51 años, residente en Yongchuan, provincia de Chongqing, China, con antecedentes de exposición a aves de corral. Ella desarrolló síntomas el 18 de diciembre de 2020, ingresó en el hospital con neumonía grave el 28 de diciembre de 2020. Desde 2014, China ha notificado a la OMS un total de 28 casos confirmados por laboratorio de

infección humana por el virus de la gripe A(H5N6), incluidas 16 defunciones. Todos los casos, excepto cinco, tuvieron exposición a aves de corral vivas o a mercados de aves de corral vivas. No se ha informado de agrupaciones de casos.

Hasta el momento se han identificado 862 infecciones humanas por A(H5N1) y 455 defunciones. Según los informes recibidos por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), se siguen detectando varios subtipos de la gripe A(H5) en aves de África, Europa y Asia.

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

No ha habido informes disponibles públicamente de las autoridades de salud animal en China u otros países sobre la detección del virus de la gripe A(H7N9) en animales en los últimos meses.

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

Desde la última actualización (9 de diciembre de 2020) se ha notificado un nuevo caso confirmado de infección humana con el virus de la gripe aviar A(H9N2) a la OMS. Se trata de un niño de 16 meses, de Yunfu, provincia de Guangdong, China. El niño había estado expuesto a aves de corral antes del inicio de síntomas y tuvo que ser hospitalizado. Hasta el 4 de enero de 2021 no se han detectado casos en el entorno familiar. Desde 1998, se han notificado un total de 69 casos confirmados de infección humana por virus de la gripe aviar A(H9N2), la mayoría en China (58). La infección humana por virus de la gripe aviar A(H9N2) sigue siendo rara, y no se ha informado de transmisión sostenida de persona a persona. En Europa, hasta la fecha, no se han registrado casos humanos por virus A(H9N2).. Los virus de la gripe aviar A(H9N2) son enzoóticos en las aves de corral en Asia y se notifican cada vez más en las aves de corral en África.

Infección humana por el virus de la gripe A(H1N2)v

El 15 de diciembre de 2020, el Ministerio de Salud de Brasil informó de la segunda infección humana confirmada por una variante del virus de la gripe A(H1N2) de origen porcino, el virus A(H1N2)v. Se trata de una niña de 4 años que vive en una granja que también funciona como matadero de cerdos en el municipio de Irati, estado de Paraná. El caso desarrolló síntomas leves similares a los de la gripe y evolucionó favorablemente. No se detectaron más casos entre los contactos cercanos. El virus A(H1N2)v es genéticamente diferente de otras variantes de virus detectadas previamente en humanos en Brasil en 2015 y en abril de 2020, según un análisis genético preliminar realizado por Fiocruz NIC. El análisis preliminar muestra que todos los genes son más similares a los virus A(H1N1)pdm09 que circulan actualmente, excepto la neuraminidasa, que asemeja más a la de los virus de la gripe A(H3N2). Se está realizando una caracterización adicional del virus. Hasta la fecha, no se han notificado otras infecciones humanas con variantes de virus en Brasil.

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 1 de enero de 2020 y el 12 de enero de 2021, se notificaron 65 casos de MERS-CoV en Arabia Saudí (61), Emiratos Árabes Unidos (3) y Qatar (1), incluidas 20 muertes en Arabia Saudí. De estos 65 casos, 54 fueron casos primarios (19 de los cuales informaron contacto con camellos), y 11 fueron casos de infección nosocomial. Desde abril de 2012 hasta el 12 de enero de 2021, los diferentes Departamentos de Salud, a nivel mundial, han informado de 2.581 casos de MERS-CoV, incluidas 935 muertes. El número de nuevos casos detectados y notificados a través de la vigilancia ha caído a los niveles más bajos desde 2014. El riesgo de transmisión sostenida entre humanos en Europa sigue siendo muy bajo.

Sistemas y fuentes de información

El conjunto del Sistema de Vigilancia de Gripe y otros Virus Respiratorios en España englobaría las siguientes fuentes y sistemas de información:

- Vigilancia centinela de IRA en Atención Primaria (IRAs)
- Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales
- Notificación de brotes de gripe
- Exceso de mortalidad por todas las causas a partir del sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) y EuroMOMO
- Vigilancia internacional

Además, para aquéllas CCAA que no puedan realizar ya el cambio de los antiguos sistemas de vigilancia de la gripe a los nuevos de vigilancia de IRAs/IRAG, y durante este período de transición, podrían notificar a los siguientes sistemas:

- Sistema centinela de vigilancia de gripe (ScVGE)
- Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)
- Vigilancia de casos hospitalizados con gripe, independientemente de su gravedad (Chosp)
- Vigilancia de virus respiratorio sincitial (VRS)

Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda (IRAs) en Atención Primaria

La vigilancia centinela se caracteriza por reunir los datos de vigilancia epidemiológica y virológica en una misma población, de forma que proporciona información sobre las tasas de incidencia de la enfermedad y de circulación del agente infeccioso a la que está asociada esa actividad en la población de referencia. Es la forma recomendada para determinar la evolución de la transmisión de una enfermedad que se está produciendo en un territorio y cuáles son las características de la circulación de un determinado agente infeccioso. La vigilancia centinela de IRAs en AP permitiría la vigilancia de gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios simultáneamente y con el mismo sistema.

Este sistema de vigilancia pretende describir la dinámica y la transmisión espacio-temporal de COVID-19, gripe y otros virus respiratorios. Entre los objetivos específicos de esta vigilancia están:

- Estimar la incidencia semanal de IRAs a nivel nacional y por CCAA;
- Conocer el porcentaje de positividad de muestras respiratorias a SARS-CoV2 y gripe;
- describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos leves de COVID-19 y gripe e identificar grupos de riesgo para estos virus
- Identificar cambios en las características del virus SARS-CoV2 circulante en la población.
- Estimar la efectividad de las medidas preventivas, como la vacunación, frente a diferentes virus respiratorios: en el futuro cercano, COVID-19 y gripe.

La población de estudio será la población de referencia de los médicos centinela (MC) o centros centinela de AP de cada CCAA participante. Todos los casos centinela que demandan asistencia en AP, tanto presencial como telefónica, y que responden a una definición de caso establecida, son valorados por el MC o centros centinela, que verifican los criterios clínicos de caso sospechoso y registra el episodio. Se tomará muestras respiratorias a una selección sistemática de pacientes en los que diagnosticará gripe y COVID-19 y se recogerá información clínica y epidemiológica.

La toma de muestras respiratorias para confirmación virológica de SARS-CoV-2 y gripe se podrá realizar siguiendo diferentes logísticas, dependiendo de la organización sanitaria de cada CA y de la capacidad del laboratorio, asegurando siempre la trazabilidad de la muestra del paciente centinela. Si las muestras son positivas a virus gripales se procede al subtipado del virus en los laboratorios del SVGE y posteriormente el Centro Nacional de Microbiología (CNM) realiza la caracterización genética y/o antigénica de las detecciones virales.

A partir de la información obtenida se estimarán una serie de indicadores para COVID-19 y gripe, como la incidencia de casos de IRA, el porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 y a gripe, todo ello por sexo y edad, tanto a nivel

nacional como por CCAA. También la caracterización epidemiológica y clínica de los casos confirmados de COVID-19 y gripe, así como la caracterización genética de los virus SARS-CoV-2 y gripe circulantes en España por área geográfica.

Vigilancia centinela de infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales

El ECDC recomienda que se implementen sistemas de vigilancia de hospitalizaciones con IRAG con el objetivo de monitorizar la intensidad y el impacto de las formas graves de COVID-19, el nivel de transmisión comunitaria y la aparición de brotes nosocomiales en hospitales^{2,3}. En el contexto actual de pandemia de COVID-19, este sistema propone la implementación en España de una vigilancia intensificada de la IRAG a nivel nacional, que proporcione información oportuna sobre los casos de COVID-19 y gripe en el ámbito hospitalario y el patrón de gravedad de los mismos.

Entre los objetivos específicos de esta vigilancia podemos citar:

- Monitorizar la evolución de la incidencia de IRAG;
- Describir la estacionalidad de gripe y COVID-19, incluyendo los periodos de circulación de los virus de la gripe y SARS-CoV-2;
- Estimar el porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 y a gripe entre los casos de IRAG hospitalizados en España, por sexo y grupo de edad.
- Establecer niveles de actividad umbral que sirvan de referencia para evaluar el impacto y la gravedad de cada agente en cada temporada.
- Obtener información clínica y epidemiológica de los casos para establecer los factores de riesgo de enfermedad grave;
- Estimar la efectividad de las medidas preventivas, como la vacunación, frente a diferentes virus respiratorios (en el futuro cercano, COVID-19 y gripe);
- Estimar la carga de hospitalización ocasionada por la gripe y COVID-19, que guíe la toma de decisiones para priorizar los recursos y planificar las intervenciones de salud pública.

En este sistema participará al menos un hospital centinela designado por cada CA, con las poblaciones vigiladas de su área de referencia. Esto permitirá disponer de denominadores para el cálculo de las tasas de incidencia de IRAG a nivel nacional, por CCAA y por grupo de edad y sexo. Todo paciente que ingrese con IRAG se considera caso sospechoso y se recomienda la toma de muestra respiratoria para confirmación virológica en una selección sistemática de los casos de IRAG hospitalizados. Un subgrupo de muestras positivas se enviarán al CNM para su caracterización genética y secuenciación.

A partir de la información obtenida se estimarán una serie de indicadores para COVID-19 y gripe, como la incidencia de casos de IRAG y el porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 y gripe, por sexo y edad, a nivel nacional y por CCAA. También la caracterización epidemiológica, clínica y virológica de los casos hospitalizados de gripe y COVID-19, el porcentaje de complicaciones y prevalencia de factores de riesgo y enfermedades subyacentes en los casos hospitalizados de gripe y COVID-19. Se podrán estimar también los niveles de gravedad clínica e impacto de la epidemia gripal y de la pandemia de COVID-19 en España en términos de tasas de hospitalización por gripe y COVID-19 por grupos de edad.

Vigilancia de la mortalidad diaria por todas las causas

Para cuantificar el impacto de la gripe y SARS-CoV-2 en la mortalidad de la población se pueden utilizar modelos matemáticos que estiman el exceso de mortalidad en periodos de actividad gripal o de otros virus respiratorios. Una aproximación oportuna, aunque inespecífica, es la utilización de mortalidad por todas las causas como se realiza con

² European Centre for Disease Prevention and Control. Rapid risk assessment: Coronavirus disease 2019 (COVID-19) pandemic: increased transmission in the EU/EEA and the UK – seventh update [Internet]. [European Centre for Disease Prevention and Control. 2020 \[cited 2020 Mar 27\]. Available from: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic](https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/rapid-risk-assessment-coronavirus-disease-2019-covid-19-pandemic)

³ Operational considerations for influenza surveillance in the WHO European Region during COVID-19: interim guidance. <https://www.ecdc.europa.eu/sites/default/files/documents/Joint-influenza-interim-guidance.pdf>

el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) a nivel nacional, cuyos resultados se pueden incluir oportunamente en los informes de la vigilancia de las IRAs. A nivel europeo una información similar se obtiene en la red EuroMOMO, que incluye datos de España y se publica semanalmente en <http://www.euromomo.eu/>. Durante la temporada 2019-20 el Sistema MoMo en España incluyó las defunciones por todas las causas registradas en 3.893 registros civiles informatizados, que representan el 93% de la población española. El modelo predictivo desarrollado por MoMo se basa en un modelo restrictivo de medias móviles con las series históricas de los diez años previos al actual

Brotos de gripe

Se recomienda realizar la investigación de brotes de gripe en situaciones que pudiesen requerir actuaciones especiales de Salud Pública, como es el caso de residencias geriátricas con altas coberturas de vacunación antigripal o brotes en instituciones sanitarias. También cuando el brote de lugar a presentaciones graves de gripe o se haya determinado una discordancia importante entre las cepas de gripe circulantes y vacunales. En estos casos se deben notificar los brotes de gripe al CNE, de los que se informará oportunamente en el informe semanal de vigilancia de gripe del SVGE.

Circuito de transmisión de la información

La información recogida será introducida semanalmente por cada CA en una aplicación informática vía Internet (<http://vgripe.isciii.es>) y estará disponible en el nivel central tras la finalización de cada semana epidemiológica. En el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) se realizará el registro, consolidación, explotación y análisis de los datos a nivel nacional. Así mismo, se elaborará semanalmente el informe de vigilancia de la gripe y otros virus respiratorios, en colaboración con el CNM. El informe se difundirá semanalmente a todos los integrantes del sistema y autoridades sanitarias y se publicará el jueves de cada semana en la parte pública de la Web del SVGE, así como en la Web del ISCIII. Así mismo se publicarán [informes de situación y de evaluación de riesgo](#) antes del pico de la epidemia gripal, e [informes anuales](#) que recogen la evolución de la gripe y otros virus respiratorios en cada temporada de vigilancia. Los datos a nivel nacional se enviarán semanalmente al ECDC y a la Oficina Regional Europea de la OMS (<http://flunewseurope.org/>) para participar en la vigilancia internacional, lo que contribuye a la formulación de recomendaciones y la adopción de medidas para el control.

Vigilancia internacional

Para contextualizar la situación en España a nivel internacional cada semana se resume la información ofrecida tanto por otras fuentes en nuestro país, como europeas y del resto del mundo:

- Ministerio de Sanidad:
<https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 pandemic.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO): Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- Flu News Europe (Joint ECDC-WHO/Europe weekly influenza update):
<http://www.flunewseurope.org/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO):
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/
- Public Health England (PHE):
<http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/SeasonalInfluenza/>
- Fluview (Centers for Diseases Control and Prevention -CDC-): <http://www.cdc.gov/flu/weekly/>
- Fluwatch (Public Health Agency of Canada):
<http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/>
- Australia:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm>
- Nueva Zelanda:
<https://surv.esr.cri.nz/virology/virology.php>

En la página del [ISCIII](#) se puede encontrar información detallada sobre el resto de sistemas de vigilancia que han ofrecido información en temporadas previas de vigilancia y que algunas CCAA pueden seguir utilizando durante la temporada 2020-21:

- Sistema centinela de vigilancia de gripe (ScVGE)
- Vigilancia de casos graves hospitalizados confirmados de gripe (CGHCG)
- Vigilancia de casos hospitalizados con gripe, independientemente de su gravedad (Chosp)
- Vigilancia de virus respiratorio sincitial (VRS)

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 el apartado de “Informes semanales”.

En la elaboración de este Informe ha participado el Grupo de Vigilancia de Gripe y otros virus respiratorios, 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 . 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. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios en España. Semana 02/2021. Nº 11. 21 de enero de 2021.