

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

Semana 41/2022 (del 3 al 16 de octubre de 2022)

Nº 101. 20 de octubre de 2022

En el inicio de la temporada 2022-2023 se observa un aumento de la circulación de VRS, con tendencia creciente de la incidencia en Atención Primaria y de las tasas de hospitalización por VRS

Tabla de contenido

Vigilancia sindrómica	2
IRAs en Atención Primaria.....	2
IRAG en hospitales.....	2
Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS	2
Atención Primaria	2
Gripe en Atención primaria. Vigilancia centinela de IRAs	2
COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs.....	3
VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs	3
Hospitales.....	3
Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG	3
COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG	3
VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG	4
VRS. Vigilancia no centinela	4
Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios.....	5
Situación en Europa	5
Situación en el mundo	6
Sistemas y fuentes de información	10

Resumen

- La tasa global en la semana 41/2022 se sitúa en 574 casos de IRAs por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAs a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 11,5%, 6,0% y 2,8% respectivamente.
- La **tasa de gripe en Atención Primaria** se sitúa en 34,7. Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe en Atención Primaria se dan en el grupo de 5-14 años de edad.
- La **tasa de COVID-19 en Atención Primaria** se sitúa en 62,9 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de COVID-19 en Atención Primaria se dan en los mayores de 65 años de edad.
- La **tasa de VRS en Atención Primaria** se sitúa en 14,4 casos por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de VRS se dan en el grupo de 0-4 años de edad.
- En la semana 41/2022 la tasa global de IRAG se sitúa en 12,04 casos por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAG a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 19,5%, 13,5% y 7,7%, respectivamente.
- Se estima una **tasa de hospitalización por COVID-19** de 2,4 casos hospitalizados por COVID-19 /100.000 habitantes. Las mayores tasas de COVID-19 en hospitales se han observado en los mayores de 79 años.
- Se estima una **tasa de hospitalización por gripe** de 1,6 casos por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de hospitalización por gripe se han observado en los mayores de 79 años de edad.
- Se observa un aumento en la **circulación de VRS** tanto en AP, como en hospitales. La positividad a VRS aumenta esta semana en muestras centinela de IRAs en Atención primaria y en la vigilancia no centinela.

Vigilancia sindrómica

IRAs en Atención Primaria

Al inicio de la temporada 2022-23, Andalucía, Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla han notificado información sobre IRAs. En la semana 41/2022 la tasa global se sitúa en 574 casos de IRAs por 100.000 habitantes, frente a 665 casos por 100.000 habitantes en la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas de IRAs en Atención Primaria se dan en el grupo de 0-4 años (3.121 casos/100.000 h) seguido del grupo de 5-14 años de edad (852 casos/100.000 h). Por sexo, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 631/100.000 h vs 514 casos/100.000 h.

IRAG en hospitales

Al inicio de la temporada 2022-23, Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Castilla la Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y Melilla han notificado información sobre IRAG.

En la semana 41/2022* la tasa global de IRAG se sitúa en 12,04 casos por 100.000 habitantes, similar a la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia esta semana se observan en mayores de 79 años (72,1 vs 70,7 casos /100.000 h en la semana previa), seguido del grupo de 0 a 4 años (38,9 casos /100.000 h) y del grupo de 65 a 79 años (23,0 casos /100.000 h). Se observa un aumento en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 5-14 años, aunque no es estadísticamente significativo.

La tasa de incidencia de IRAG en la semana 41/2022 es de 13,9 casos/100.000 h en hombres, 10,3 casos/100.000 en mujeres.

**las tasas de incidencia de la última semana podrían estar afectadas por retraso en la notificación, que podrían subsanarse en semanas posteriores*

Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS

Atención Primaria

Esta semana, de las 480 muestras centinelas analizadas en Atención Primaria para SARS-CoV-2 y gripe, 55 (11,5%) han sido positivas a SARS-CoV-2 y 29 (6,0%) han sido positivas para gripe. De las 434 analizadas para VRS, 12 (2,8%) han sido positivas para VRS.

Desde el inicio de la temporada se han notificado 78 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAs, 76 tipo A [29 A no subtipado, 41 A(H3N2) y 6 A(H1N1)pdm09] y 2 virus de la gripe tipo B.

Gripe en Atención primaria. Vigilancia centinela de IRAs

La estimación de los casos de gripe, COVID-19 y VRS en Atención Primaria se obtiene de la información proporcionada por las CCAA que participan en la vigilancia centinela de IRAs, con ambos componentes, sindrómico y de selección sistemática. Hasta el momento, con la información procedente de Andalucía, Baleares, Cantabria, Cataluña, Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla.

En la semana 41/2022 la tasa de gripe en Atención Primaria se sitúa en 34,7 casos/100.000 h. Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe en Atención Primaria se dan en el grupo de 5-14 (84,4 casos/100.000 h) años seguido del grupo de 0-4 años de edad (41,3 casos/100.000 h). Por sexo, en la semana 41/2021, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 41,4 casos/100.000 h vs 28,6casos/100.000 h.

COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 41/2022 la tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 62,9 casos/100.000 h. Por grupos de edad, las mayores tasas de COVID-19 en Atención Primaria se dan en los mayores de 65 años de edad (112,1 casos/100.000 h) años seguido del grupo de 0-4 años de edad (82,7 casos/100.000 h). Por sexo, en la semana 41/2021, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 82,9 casos/100.000 h vs 45,8 casos/100.000 h.

VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 41/2022 la tasa de VRS en Atención Primaria se sitúa en 14,4 casos/100.000 h, frente a 8,3 casos/100.000 h en la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas de VRS en Atención Primaria se dan en el grupo de 0-4 años de edad (341,8 casos/100.000 h) años seguido de los mayores de 65 años de edad (12,9 casos/100.000 h). Por sexo, en la semana 41/2021, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 21,8 casos/100.000 h vs 8,3 casos/100.000 h.

Hospitales

En hospitales, 15 de las 111 muestras analizadas para gripe han sido positivas (13,5%), 24 de las 123 muestras analizadas para SARS-CoV-2 han sido positivas (19,5%) y 8 de las 104 muestras analizadas para VRS han sido positivas (7,7%).

Desde el inicio de la temporada se han notificado 28 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAG, todas tipo A [7 A no subtipado, 18 A(H3N2) y 3 A(H1N1)pdm09].

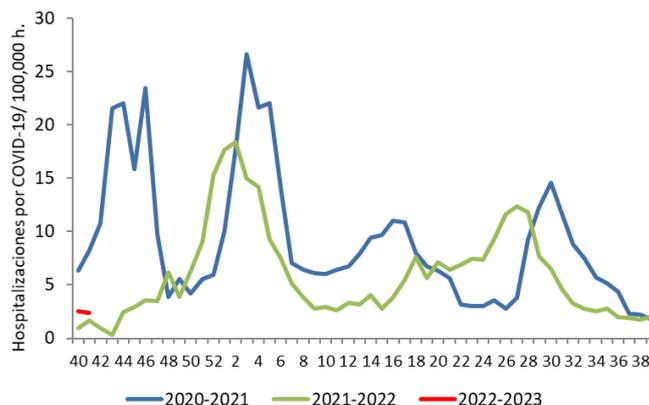
Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 41/2022 la tasa global de gripe en hospitales sitúa en 1,6 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (9,8 casos /100.000 h), seguido de los grupos de 65-79 (4,1 casos /100000h) y 0-4 años de edad (4,1/100.000h).

COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 41/2022 la tasa global de COVID-19 se sitúa en 2,4 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (17,7 casos /100.000 h), seguido del grupo de 65-79 años (6,5/100.000h). Las tasas de hospitalizaciones por COVID-19 de las tres últimas temporadas se muestran en la Figura 1.

Figura 1. Hospitalizaciones por COVID-19 por 100.000 habitantes. Temporadas 2020-2021, 2021-22 y 2022-2023. España

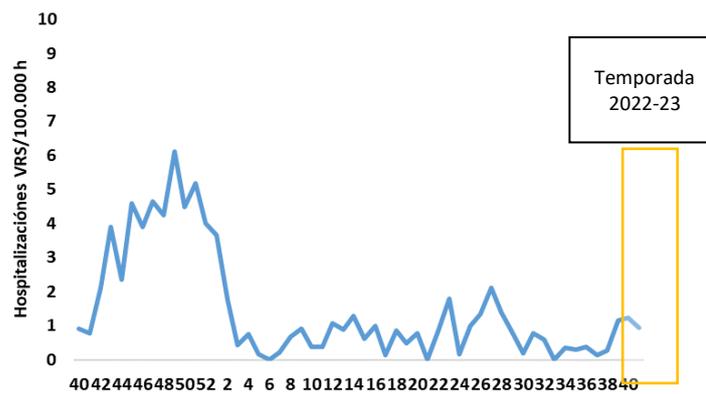


VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 41/2022 la tasa global de VRS se sitúa en 0,9 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en el grupo de 0-4 años de edad (12,3 casos/100.000 h) seguido del grupo de 65-79 años (1,5 casos/100.000 h).

Las hospitalizaciones por VRS a lo largo de la temporada 2021-2022 y desde el inicio de la 2022-23 se muestran en la figura 2. Se observa un aumento de las mismas en la semana 39/2022 (Figura 2).

Figura 2. Hospitalizaciones por VRS por 100.000 habitantes. Temporada 2021-22 y 2022-23. España

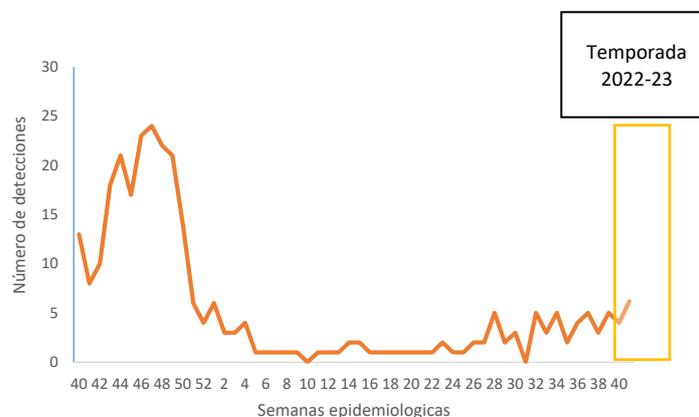


VRS. Vigilancia no centinela

En la semana 41/2022 se han notificado 128 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias Galicia y La Rioja*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, se sitúa en el 6,2% vs 4,4% en la semana 40/2022. En la figura 3 se observa la evolución de la positividad de VRS en la temporada 2021-22 y desde el inicio de la 2022-23.

*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.

Figura 3. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22 y 2022-23. España



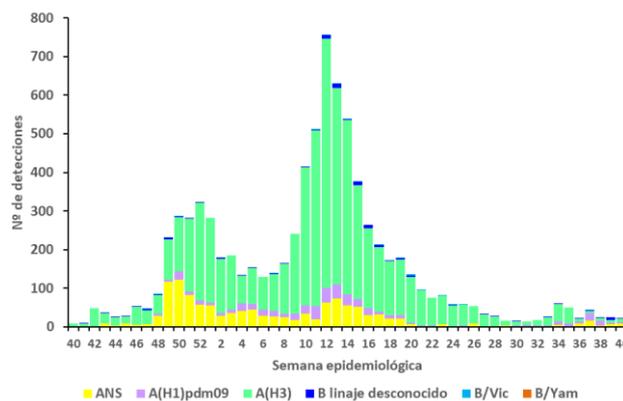
Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Situación en Europa

El ECDC indica que en la semana 40/2022 el porcentaje de positividad en las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa, ha disminuido desde la semana 39/2022 (del 7% al 3%). El 96% de las muestras fueron tipo A (Figura 2). De las 22 muestras tipo A subtipadas, el 715 fueron A(H3). En esta temporada, de 828 muestras centinelas analizadas, 23 (9,7%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 96% fueron virus tipo A, y el 4% tipo B. De los 22 virus tipo A subtipados hasta ahora, 71% fueron A(H3) y 29% A(H1) pdm09. El virus tipo B no estaba adscrito a linaje son B/Victoria. Para más información consultar [ECDC](#)

Figura 12. Detecciones de gripe de muestras centinela.

Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC. Temporada 2021-22 y semana 40/2022 Temporada 2022-2023



En la región europea de la OMS, en la semana 40/2022, se señala un aumento de un 5,5% de nuevos casos de COVID-19 y de un descenso del 7,7% de defunciones, comparado con la semana 39/2022. El 23,1% de casos de COVID-19 y el 90,9% de defunciones fueron en personas de 65 o más años. El porcentaje global de test positivos para SARS-CoV-2 fue de 19,3% frente al 10,3% en la semana 40/2022. El porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras centinela en Atención Primaria se muestra en la figura 3 y el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras procedentes de IRAG en hospitales se presenta en la figura 4.

Figura 3. Número de detecciones y porcentaje de positividad a COVID-19, gripe y VRS en muestras centinela en AP.

Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC

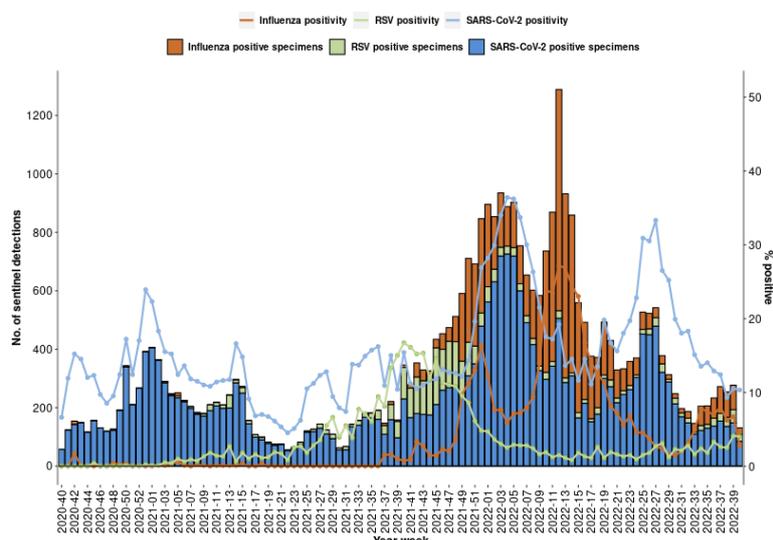
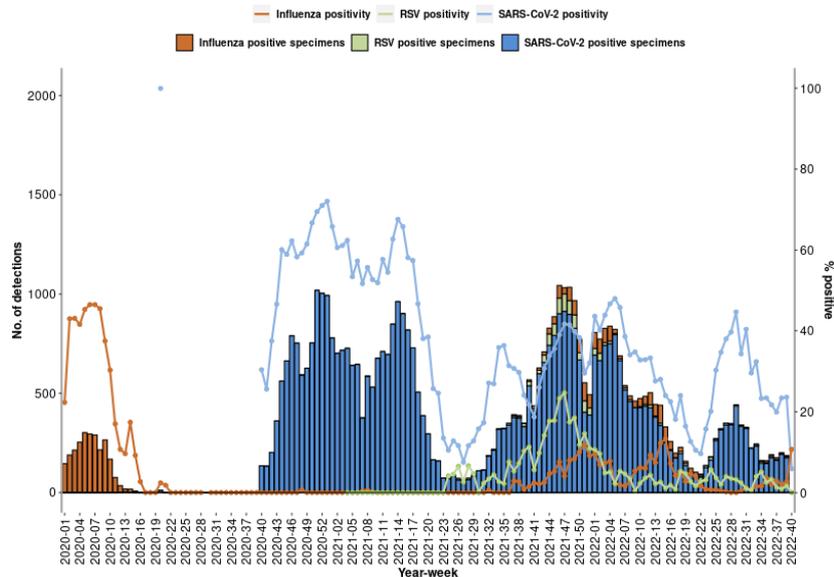


Figura 4. Número de detecciones y porcentaje de positividad a COVID-19, gripe y VRS en muestras de IRAG en hospitales
Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC



Para más información consultar [ECDC-WHO](https://ecdc.europa.eu/es/who)

Situación en el mundo

Globalmente, la circulación del virus de la gripe ha disminuido en las zonas templadas del hemisferio sur, excepto en el sur de América, donde se ha mostrado un aumento.

En Oceanía, han disminuido las detecciones de virus de tipo A(H1N1)pdm09 y los síndromes gripales se han situado en niveles bajos, en general.

En el sur de África, la circulación del virus ha disminuido, y ha habido algunas detecciones del tipo A y B.

En las zonas templadas de América, han aumentado las detecciones, fundamentalmente en Argentina. En el resto de zonas las circulaciones han permanecido en niveles bajos, incluso por debajo de los umbrales para esta época del año. El virus de tipo A(H1N1) ha sido predominante entre las detecciones en Argentina, aunque en otros países ha predominado el virus de tipo A(H3N2) entre los subtipados. En la zona del Caribe y del centro de América la circulación también ha sido baja y el virus predominante ha sido el de tipo A(H3N2), al igual que en los países tropicales del sur del continente.

En la zona tropical de África, la circulación del virus ha permanecido en niveles bajos con predominancia de los virus B/linaje Victoria y A(H3N2) pero también con algunas detecciones del tipo A(H1N1)pdm09 en algunos países.

En el sur de Asia, ha habido pocas detecciones y el virus predominante fue de tipo A(H1N1) aunque también ha habido algunas detecciones del virus de tipo A(H3N2) y B. En el sureste del continente, la circulación continua con una tendencia cambiante dependiendo de cada país. La mayoría de las detecciones han correspondido al virus de tipo A(H3N2) pero también ha habido algunas tanto de tipo A(H1N1)pdm09 como de tipo B.

En los países del norte de América, la circulación del virus ha permanecido en niveles bajos típicamente observados en esta época del año. El virus de tipo A(H3N2) ha sido el predominante.

En Europa, en general, la circulación permanece en niveles de intertemporada en cuanto a detecciones y a síndromes gripales, aunque en algunos países, estos han aumentado. Los virus de tipo A han predominado entre las detecciones, siendo el de tipo A(H3N2) el más frecuente.

En el centro de Asia, concretamente en Kazajistán, ha habido detecciones del virus de tipo B y un ligero aumento tanto de síndromes gripales como de infecciones respiratorias agudas graves en las últimas semanas.

En el norte de África, no ha habido detecciones.

En el este de Asia, la circulación del virus A(H3N2) predominantemente, ha permanecido estable en general. Y en la zona oeste, las detecciones han aumentado ligeramente en algunos países de la Península Arábiga.

La OMS recomienda monitorizar la co-circulación de los virus de la gripe, SARS-CoV2 y VRS a todos los países mediante sistemas de vigilancia de vigilancia centinela. En definitiva, alienta a todos los países a desarrollar e implementar sistemas integrados de vigilancia centinela tanto de gripe como de SARS-CoV-2 y VRS para una correcta monitorización al mismo tiempo de todos ellos y en tiempo real. Son necesarias diferentes estrategias para que estos sistemas centinelas sean ágiles y resilientes para poder implementar dicha vigilancia a nivel nacional y global.

Además, destaca la importancia de promover el avance y desarrollo de las campañas de vacunación para la prevención de las enfermedades respiratorias graves, las hospitalizaciones asociadas y, por consiguiente, la mortalidad.

Más información en: [WHO influenza-update-n-430](https://www.who.int/news-room/updates/2022-09-27)

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

A lo largo de la temporada 2021-2022, tuvo lugar la mayor epidemia de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) observada hasta el momento en Europa, con un total de 2.467 focos en explotaciones de aves de corral, 47,7 millones en las granjas agrícolas de aves sacrificadas, 187 en aves cautivas y 3.573 detecciones en aves silvestres, con una extensión geográfica sin precedentes, afectando a 37 países europeos. Las detecciones en aves silvestres entre junio y agosto de 2022 representan un riesgo continuo de infección para las aves domésticas.

El virus de IAAP también se detectó en especies de mamíferos salvajes en Europa y América del Norte y mostraron marcadores genéticos de adaptación a la replicación en mamíferos. Este rango ampliado de huéspedes indica un riesgo creciente y cambiante de incursión del virus en las granjas avícolas. En comparación con la temporada anterior, además de las aves acuáticas migratorias, este virus fue detectado en una gama más amplia de especies de aves silvestres, incluidas varias especies terrestres. Los resultados del análisis genético indican que los virus que circulan actualmente en Europa pertenecen al clado 2.3.4.4b con siete genotipos, tres de los cuales se han identificado por primera vez durante este período de tiempo.

La dinámica de la epidemia actual de IAAP en comparación con las observadas en 2016-2017 y 2020-2021 indican que es probable que persista una elevada influencia ambiental en las infecciones en los próximos meses, lo que también representa un riesgo de mayor introducción y propagación del virus en el sector avícola. Esto requiere una definición y rápida implementación de estrategias adecuadas y sostenibles de mitigación, como medidas de bioseguridad apropiadas, planes de vigilancia y medidas de detección temprana en los diferentes sistemas de producción avícola.

El 27 de septiembre de 2022 se detectó la primera infección humana por influenza aviar A(H5N1) en España y en la UE/EEE. El Centro Nacional de Microbiología del ISCIII (España) confirmó la detección en una muestra de un trabajador de una explotación avícola de la provincia de Guadalajara con aves afectadas por el virus. La muestra se tomó el día 23 en el contexto de las acciones de control y detección precoz alrededor del foco. El trabajador permaneció asintomático y en aislamiento domiciliario hasta el día 28 en el que otra muestra resultó negativa por PCR. El estudio de contactos identificó un único contacto estrecho, que también tuvo un resultado de PCR negativo. Las pruebas realizadas al resto de trabajadores de la explotación resultaron asimismo negativas.

Desde la última actualización, la Comisión Nacional de Salud de la República Popular de China confirmó un nuevo caso de infección humana por virus de la gripe aviar A (H5N6). Se trata de un varón de 3 años, hospitalizado, en estado crítico, residente en provincia de Guangxi. El niño tuvo contacto con aves de corral del patio de su domicilio. No hay casos secundarios y las muestras ambientales son negativas. Desde el 2014 se han notificado un total de 82 casos confirmados, incluidas 33 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H5N6), la mayoría de ellos notificados por China (81) y uno por Laos.

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos a la OMS de infección humana de gripe A(H5N8).

El riesgo de infección para la población general en la UE/EEE se evalúa como bajo, y para las personas expuestas ocupacionalmente, bajo a medio. El riesgo de transmisión a humanos por exposición a productos avícolas contaminados es insignificante.

Más información en : [Avian influenza overview March – June 2022](#) [Avian influenza overview June – September 2022](#) [Testing and detection of zoonotic influenza virus infections in humans in the EU/EEA, and occupational safety and health measures for those exposed at work](#)

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

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos a la OMS de infección humana de gripe A(H7N9). Hasta la fecha no hay evidencias de transmisión del virus entre humanos.

Más información en: [Centre for Health Protection - Avian Influenza Report \(chp.gov.hk\)](#)

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

Desde la última actualización, no se han notificado a la OMS casos nuevos de infección humana de gripe A(H9N2).

Desde 1998 un total de 114 casos confirmados, incluidas 2 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H9N2) notificados por China (101), Egipto (4), Bangladesh (3), Camboya (2), Omán (1), Pakistán (1), India (1) y Senegal (1). La mayoría de los casos en niños con síntomas leves.

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. 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.

Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse en:

[OMS-Gripe aviar](#) | [ECDC-Gripe aviar](#) | [ECDC-Últimas publicaciones](#) | [EFSA](#) | [CHP-Hong Kong](#)

Infección humana por virus variantes de la gripe A(H3N8)

Desde la última actualización, no se han notificado a la OMS casos nuevos de infección humana de gripe A(H3N8).

Estos brotes son una transmisión ocasional entre especies de aves a humanos, y el riesgo de transmisión a gran escala es bajo.

Más información en: [National Health Commission of China \(NHC\)](#)

Infección humana por virus variantes de la gripe porcina A

Desde la última actualización, se ha notificado a la OMS un caso nuevo de infección humana de gripe porcina A(H1N1)v en la provincia de Limburg, Holanda. Se trata de una mujer de 26 años que trabajaba en una granja. Presentó síntomas respiratorios leves el 1 de octubre, acudió a los servicios de urgencias y fue dado de alta en el mismo día para su recuperación domiciliar. Estuvo en contacto directo sin protección con crías de cerdo, que resultaron negativos para el virus, aunque se investiga si los cerdos asintomáticos podrían ser portadores del virus. Ningún contacto del paciente desarrollo la enfermedad. Se ha identificado un contacto cercano asintomático.

Desde octubre de 2021, se han notificado un total de 6 casos de gripe porcina A(H1N1)v a la OMS por parte de China. En EE. UU, durante la temporada 2021-2022 se han notificado 10 casos de casos de infección humana por virus de las variantes de origen porcino de la gripe, 6 casos de A(H1N2)v y 4 casos de A(H3N2)v.

Aunque esporádica, la transmisión zoonótica de virus de la gripe porcina no es inesperada, por lo que las autoridades sanitarias correspondientes realizan seguimiento de casos que presentan síntomas respiratorios y han tenido contacto con cerdos, para la investigación e identificación de cambios que puedan ser significativos en la epidemiología del virus.

Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse en: [OMS-Gripe aviar](#) | [ECDC-Gripe aviar](#) | [ECDC-Últimas publicaciones](#) | [EFSA](#) | [CHP-Hong Kong](#) | [Fluview \(CDC\)](#)

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Desde la última actualización, no se han notificado a la OMS casos nuevos de infección humana por MERS-CoV.

Desde abril de 2012 hasta el 3 de octubre de 2022 se han notificado 2.600 casos de MERS-CoV, incluidas 944 defunciones, por las autoridades sanitarias a nivel mundial. Desde el inicio de 2022 se han notificado 3 casos, incluida una defunción (en los 3 casos existió contacto previo con camellos).

La fuente del virus sigue siendo desconocida, pero el patrón de transmisión y los estudios virológicos en Oriente Medio apuntan a que los dromedarios pueden ser un reservorio natural a partir del cual el ser humano puede ser infectado esporádicamente a través de un salto de la barrera interespecie. El riesgo de transmisión sostenida entre humanos en Europa continúa siendo muy bajo.

Más información en: [ECDC MERS-CoV](#) | [WHO MERS-CoV](#) | [ECDC factsheet for professionals](#) | [Saudi Arabia Ministry of Health](#) | [WHO DONs](#)

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 aquellas 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 registran el episodio. Se tomarán muestras respiratorias a una selección sistemática de pacientes en los que se 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^{1,2}. 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 enviará 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.

¹ 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)

² 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>

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 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): Global Influenza Programme

<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>

- 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/>

- Australian Government – Department of Health: Australian influenza surveillance report

<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm>

- New Zealand Ministry of Health: Public health surveillance

<https://surv.esr.cri.nz/virology/virology.php>

En la página del [ISCI](#) 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)

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, ISCI). Cualquier pregunta relacionada con este informe debe dirigirse a: GRIPE-OVR@isciii.es. Este informe se puede consultar en la página del [SVGE](#) y en la página del Instituto de Salud Carlos III ([ISCI](#)).

Cita sugerida: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semanas 41/2022. Nº 101. 20 de octubre de 2022.