

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

Semana 42/2022 (del 17 al 23 de octubre de 2022)

Nº 102. 27 de octubre de 2022

Se intensifica la circulación de VRS con aumento en las incidencias en Atención Primaria y en las tasas de hospitalización por VRS. Se observa un aumento en la hospitalización por COVID-19

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	5
Brotos de gripe	5
Excesos de mortalidad por todas las causas.....	5
Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios.....	6
Situación en Europa	6
Situación en el mundo.....	7
Sistemas y fuentes de información	10

Resumen

- La tasa global en la semana 42/2022 se sitúa en 577 casos de IRAs por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAs a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 13,3%, 13,3% y 2,6% respectivamente.
- La tasa de gripe en Atención Primaria se sitúa en 71,9 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe se dan en el grupo de 0-4 años.
- La tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 71,1 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de COVID-19 se dan en los mayores de 65 años.
- La tasa de VRS en Atención Primaria se sitúa en 19,9 casos por 100.000 habitantes. Por grupo de edad, las mayores tasas de VRS se dan en el grupo de 0-4 años.
- En la semana 42/2022 la tasa global de IRAG se sitúa en 14,4 casos por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAG a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 22%, 5,9% y 10,1%, respectivamente.
- Se estima una tasa de hospitalización por gripe de 0,9 casos hospitalizados por gripe por 100.000 habitantes. Por grupo de edad, las mayores tasas de gripe se han observado en los mayores de 79 años.
- Se estima una tasa de hospitalización por COVID-19 de 3,2 casos hospitalizados por COVID-19 por 100.000 habitantes. Por grupo de edad, las mayores tasas de COVID-19 se han observado en los mayores de 79 años.
- Se observa un aumento en la circulación de VRS tanto en AP, como en hospitales, que se manifiesta en un incremento en la incidencia semanal en AP y en la tasa de hospitalización por VRS. La positividad a VRS aumenta en AP y hospitales y se mantiene en muestras no centinela.

Vigilancia sindrómica

IRAs en Atención Primaria

Al inicio de la temporada 2022-23, Andalucía, Asturias, Aragón, Baleares, Cantabria, Cataluña, Castilla La Mancha, Castilla y León, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, Navarra, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla han notificado información sobre IRAs. En la semana 42/2022 la tasa global se sitúa en 577 casos de IRAs por 100.000 habitantes, frente a 551 casos por 100.000 habitantes en la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (3.019 casos por 100.000 h) seguido del grupo de 5-14 años de edad (854 casos por 100.000 h). Por sexo, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 636 casos por 100.000 h vs 516 casos por 100.000 h.

IRAG en hospitales

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

En la semana 42/2022* la tasa global de IRAG se sitúa en 14,4 casos por 100.000 habitantes, aumentando ligeramente con respecto a la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia esta semana se observan en mayores de 79 años (87 vs 76,1 casos por 100.000 h en la semana previa), seguido del grupo de 0 a 4 años (46,4 casos por 100.000 h) y del grupo de 65 a 79 años (27,0 casos por 100.000 h). Se observa un aumento en todos los grupos de edad excepto en el grupo de 5-64 años, aunque no es estadísticamente significativo.

La tasa de incidencia de IRAG en la semana 42/2022 es de 15,6 casos por 100.000 h en hombres, 11,9 casos por 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 578 muestras centinelas analizadas en Atención Primaria para SARS-CoV-2 y gripe, 86 (12,3%) han sido positivas a SARS-CoV-2 y 87 (12,5%) a gripe. De las 639 analizadas para VRS, 22 (3,4%) han sido positivas para VRS.

Desde el inicio de la temporada se han notificado 257 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAs, 206 tipo A [47 A no subtipado, 146 A(H3N2) y 13 A(H1N1)pdm09] y 4 virus de la gripe tipo B.

Gripe en Atención primaria. Vigilancia centinela de IRAs

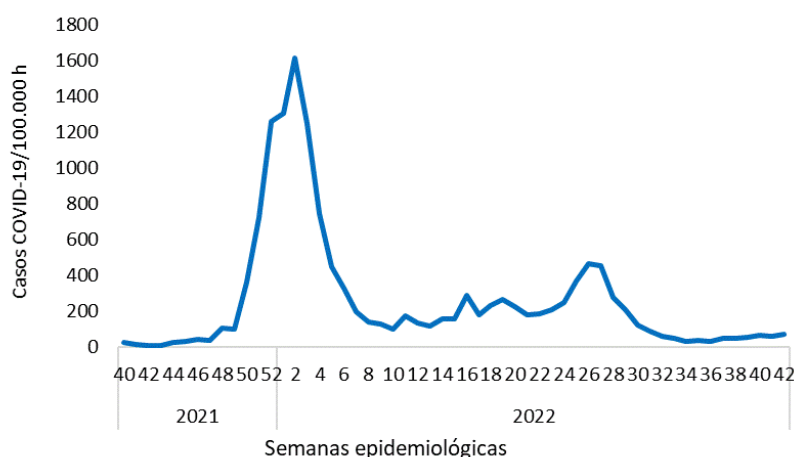
La estimación de los casos de gripe, COVID-19 y VRS en Atención Primaria se obtiene de la información proporcionada por las CCAA que participan en la vigilancia centinela de IRAs, con ambos componentes, sindrómico y de selección sistemática. Hasta el momento, con la información procedente de Andalucía,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

En la semana 42/2022 la tasa de gripe en Atención Primaria se sitúa en 71,9 casos por 100.000 h. Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe se dan en el grupo de 5-14 años (287,9 casos por 100.000 h) seguido del grupo de 0-4 años (218,3 casos por 100.000 h). Por sexo, en la semana 42/2021, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 84,1 casos por 100.000 h vs 60,4 casos por 100.000 h.

COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 42/2022 la tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 71,1 casos por 100.000 h. Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en los mayores de 65 años (132,2 casos por 100.000 h) seguido del grupo de 5-14 años (57,6 casos por 100.000 h). Por sexo, en la semana 41/2021, las tasas de incidencia son superiores en mujeres que en hombres: 73,1 casos por 100.000 h vs 67,8 casos por 100.000 h.

Figura 1. Tasa de COVID-19 en AP. Temporadas 2021-2022 y 2022-2023



VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 42/2022 la tasa de VRS en Atención Primaria se sitúa en 19,87 casos por 100.000 h, frente a 14,5 casos por 100.000 h en la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (311,6 casos por 100.000 h) años seguido de los mayores de 65 años (11 casos por 100.000 h). Por sexo, en la semana 42/2022, las tasas de incidencia son superiores en hombre que en mujeres: 22 casos por 100.000 h vs 16,4 casos por 100.000 h.

Hospitales

En hospitales, 8 de las 136 muestras analizadas para gripe han sido positivas (5,9%), 31 de las 141 muestras analizadas para SARS-CoV-2 han sido positivas (22%) y 11 de las 109 muestras analizadas para VRS han sido positivas (10,1%).

Desde el inicio de la temporada se han notificado 36 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAG, todas tipo A [8 A no subtipado, 25 A(H3N2) y 3 A(H1N1)pdm09].

Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

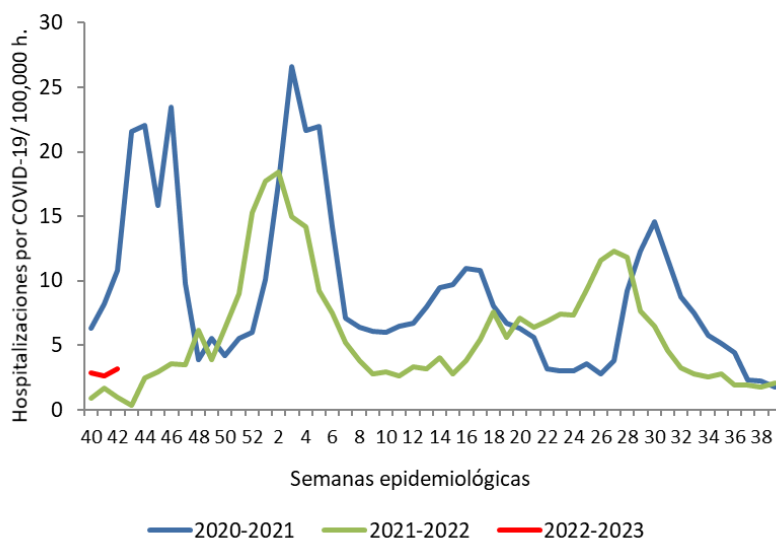
En la semana 42/2022 la tasa global de gripe en hospitales sitúa en 0,9 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (4,4 casos por 100.000 h), seguido de los grupos de 65-79 (2,5 casos por 100.000h).

COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 42/2022 la tasa global de COVID-19 se sitúa en 3,2 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (30 casos por 100.000 h),

seguido del grupo de 65-79 años (6,6 por 100.000h). Las tasas de hospitalizaciones por COVID-19 de las tres últimas temporadas se muestran en la Figura 2.

Figura 2. Hospitalizaciones por COVID-19 por 100.000 habitantes. Temporadas 2020-2021, 2021-22 y 2022-2023. España

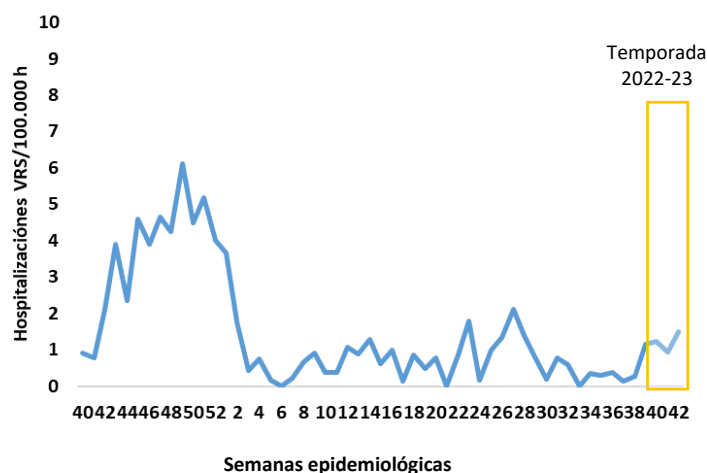


VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 42/2022 la tasa global de VRS se sitúa en 1,5 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en el grupo de 0-4 años (19,5 casos por 100.000 h) seguido de los mayores de 79 años (3,8 casos por 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 3. Se observa un aumento de las mismas en la semana 39/2022 (Figura 2).

Figura 3. Hospitalizaciones por VRS por 100.000 habitantes. Temporadas 2021-22 y 2022-23. España

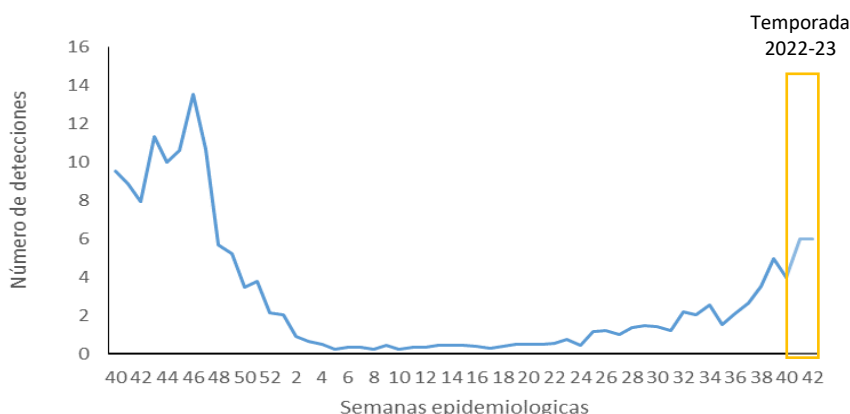


VRS. Vigilancia no centinela

En la semana 42/2022 se han notificado 162 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, 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% al igual que en la semana previa. 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 4. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22 y 2022-23. España



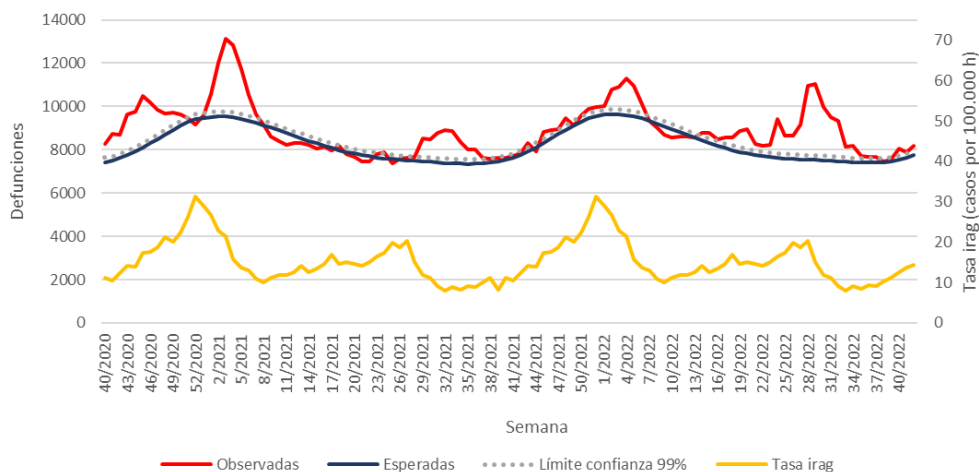
Brotes de gripe

Desde el inicio de la temporada 2022-23 se han notificado un brote de gripe en Castilla La Mancha. Se han analizado 7 muestras, de las cuales 6 son virus A(H3N2) y una virus A(H1N1)pdm09. Todas están pendientes de secuenciación. El brote se ha producido en un centro de larga estancia, afectando a 13 personas cuya mediana de edad fue de 41 años. Ninguna de las personas afectadas estaba vacunada y ninguna ha requerido hospitalización.

Excesos de mortalidad por todas las causas

Los resultados obtenidos con MoMo estiman que en la temporada 2020-21 se produjeron 40.807 excesos de defunciones por todas las causas. En la temporada 2021-22 se produjeron 35.337 excesos de defunciones por todas las causas. Desde el inicio de la temporada 2022-23 hasta la semana 42/2022 se han producido 1.225 excesos de defunciones por todas las causas (Figura 5).

Figura 5. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Temporadas 2020-21, 2021-22 y 2022-23. España



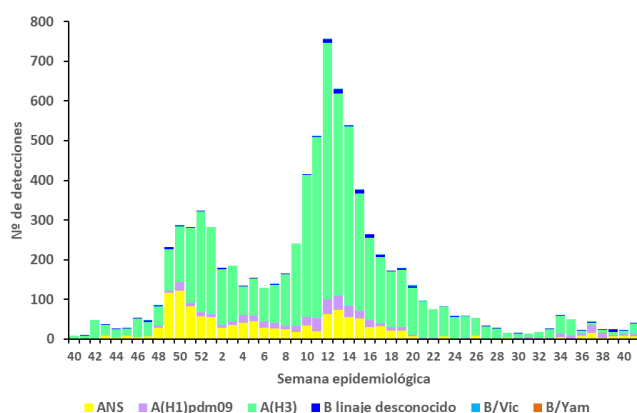
Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Situación en Europa

El ECDC indica que en la semana 41/2022 el porcentaje de positividad en las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa, ha aumentado desde la semana 40/2022 (del 3% al 4%). El 98% de las muestras fueron tipo A (Figura 2). De las 22 muestras tipo A subtipadas, el 85% fueron A(H3). En esta temporada, de 2.005 muestras centinelas analizadas, 77 (4%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 97% fueron virus tipo A, y el 2,3% tipo B. De los 65 virus tipo A subtipados hasta ahora, 75% fueron A(H3) y 25% A(H1) pdm09. El virus tipo B no estaba adscrito a linaje son B/Victoria.

Figura 4. Detecciones de gripe de muestras centinela.

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



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

En la región europea de la OMS, en la semana 41/2022, se señala una disminución de un 2,6% de nuevos casos de COVID-19 y de un descenso del 13,1% de defunciones, comparado con la semana 40/2022. El 27,9% de casos de COVID-19 y el 91,2% de defunciones fueron en personas de 65 o más años. El porcentaje global de test positivos para SARS-CoV-2 fue de 9% frente al 19,3% 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 5 y el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras procedentes de IRAG en hospitales se presenta en la figura 6.

Figura 5. 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

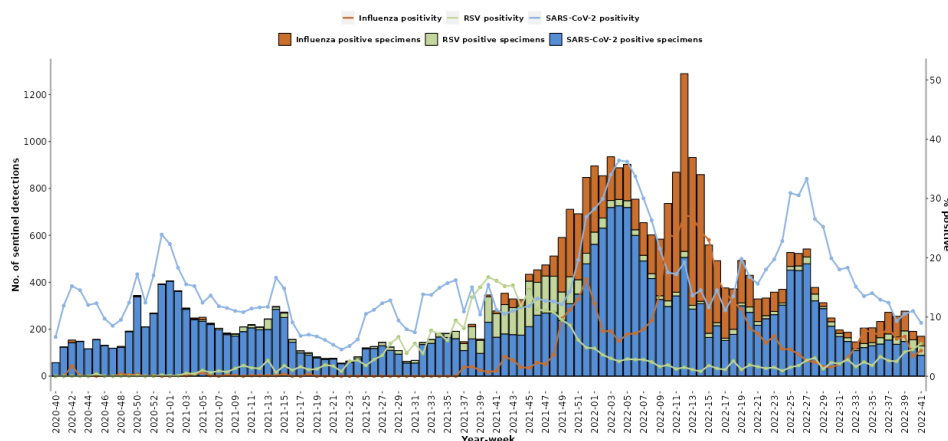
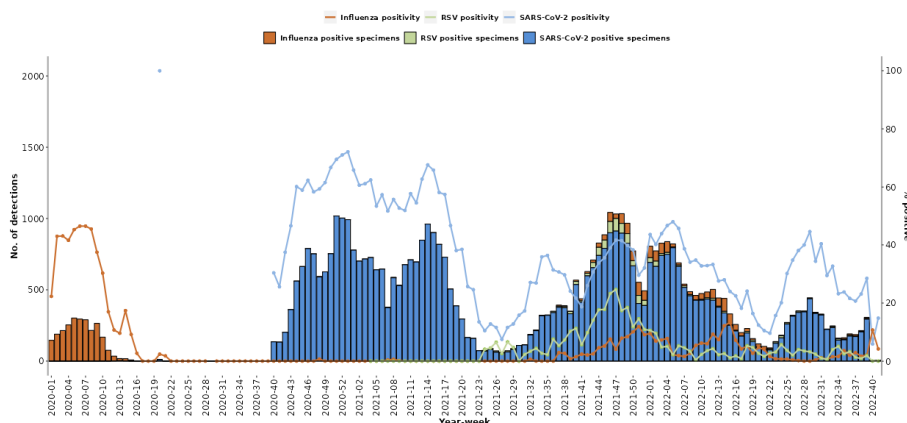


Figura 6. Número de detecciones y porcentaje de positividad a COVID-19, gripe y VRS en muestras de IRAG en hospitales

Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC



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

Situación en el mundo

No hay ninguna actualización desde el último informe.

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.

Tras la primera detección de A(H5N1) confirmada el pasado 27 de septiembre en un trabajador de una explotación avícola de Castilla-La Mancha. Se realizaron labores de limpieza en la misma y el 13 de octubre se tomó una segunda

muestra para PCR a todos los trabajadores expuestos. Hubo una segunda detección positiva de un solo trabajador. El hallazgo fue confirmado en el Centro Nacional de Microbiología el 21 de octubre. Ambas muestras del primer y segundo caso se enviaron al laboratorio de referencia de la OMS en Londres. El segundo caso es un trabajador de 27 años, completamente asintomático. Desde los primeros resultados positivos de PCR estuvo aislado en casa. El 20 de octubre una segunda PCR resultó negativa por lo que se suspendió el aislamiento. El rastreo de contactos identificó dos contactos cercanos que dieron negativo el 14 de octubre. La vigilancia pasiva y activa de los trabajadores expuestos y los contactos cercanos y la caracterización adicional del virus aún están en curso.

Desde la última actualización, no hay casos nuevos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H5N6).

El último caso fue notificado por la Comisión de Salud de China y se trataba 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, no se han notificado casos nuevos de infección humana de gripe porcina A(H1N1)v.

El último caso notificado a la OMS se dio en la provincia de Limburg, Holanda. Se trataba 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 desarrolló 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

Brotes 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 [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)

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: GRIPE-OVR@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) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semanas 42/2022. Nº 102. 27 de octubre de 2022.