

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

Semana 01/2023 (del 2 al 8 de enero de 2023)

Nº 113. 11 de enero de 2023

Descienden las tasas de incidencia y hospitalización por gripe. Se mantiene la estabilidad en las tasas de incidencia por COVID-19 con ligero aumento de las hospitalizaciones. La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción es la BQ.1.1 en todos los ámbitos

	Contenido	
Vigilancia sindrómica		2
IRAs en Atención Primaria		2
IRAG en hospitales		3
Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS		4
Atención Primaria (AP)		4
Gripe en Atención primaria. Vigilancia centinela de IRAs		4
COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs		5
Caracterización genómica de casos centinela de SARS-CoV-2 en Atención Primaria.		6
VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs		6
Hospitales		7
Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG		7
COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG		8
Caracterización genómica de casos centinela de SARS-CoV-2 en Hospitales.		9
VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG		9
Vigilancia virológica no centinela de gripe		10
Caracterización virus de la gripe. Temporada 2022-23		10
Brotos de gripe		10
Vigilancia virológica no centinela de VRS		11
Excesos de mortalidad por todas las causas		11
Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios		12
Situación en Europa		12
Situación en el mundo		13
Sistemas y fuentes de información		16

Resumen

- La tasa global de IRAs en la semana 01/2023 se sitúa en 567,5 casos de IRAs por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAs a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 7,9%, 16,5% y 10,4% respectivamente. Disminuyen las tasas de síndrome gripal en todos los grupos de edad y disminuyen las tasas de bronquiolitis en los menores de 5 años.
- **La tasa de gripe en Atención Primaria** disminuye desde la semana previa, si bien podría estar afectada por la notificación en las recientes fiestas. Las mayores tasas de gripe se observan en los menores de 5 años.
- **La tasa de COVID-19 en Atención Primaria** disminuye a 45,0 casos por 100.000 habitantes. Las variantes de SARS-CoV-2 que circulan en la actualidad en mayor proporción son, BQ.1.1 (42%), BA.4 (19%) y BA.5 (15%).
- **La tasa de VRS en Atención Primaria** disminuye a 59,0 casos por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de VRS se siguen registrando en menores de 5 años.
- En la semana 01/2023 la tasa global de IRAG se sitúa en 21,4 casos por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAG a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 16,3%, 6,9% y 21,2%, respectivamente.
- Se estima una **tasa de hospitalización por gripe** de 1,5 casos hospitalizados por gripe por 100.000 habitantes, que disminuye desde la semana previa. Por grupo de edad, las mayores tasas de gripe se han observado en el grupo de 79 o más años de edad.
- Se estima una **tasa de hospitalización por COVID-19** de 3,5 casos hospitalizados por gripe por 100.000 habitantes, que aumenta desde la semana previa. Por grupo de edad, las mayores tasas de COVID-19 se han observado en los mayores de 79 años. Las variantes de SARS-CoV-2 identificadas en mayor proporción desde el inicio de la temporada 2022-23 entre los casos de SARS-CoV2 hospitalizados son BQ.1.1 (31%), BA.5 (23%), BA.4 (10%).
- Se estima una tasa de VRS de 4,5 casos por 100.000 habitantes, que aumenta desde la semana previa. Por grupo de edad, las mayores tasas de VRS se observan en el grupo de 0-4 años, seguido de los mayores de 79 años.
- Se recomienda **incrementar la secuenciación de los casos centinela de IRAs y de IRAG positivos a SARS-CoV-2** para aumentar la sensibilidad en la identificación de variantes circulantes de este virus.
- Los datos de evolución de esta semana se deben interpretar con cautela porque podrían estar afectados por la notificación en el reciente periodo festivo.

Vigilancia sindrómica

IRAs en Atención Primaria

Al inicio de la temporada 2022-23, todas las CCAA han notificado información sobre IRAs. En la semana 01/2023 la tasa global es 567,5 casos de IRAs/100.000 h (701,5 casos/100.000 h. en la semana previa). Las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (1.522,6 casos/100.000 h). Por sexo, las tasas son superiores en mujeres que en hombres (475,7 vs 655,7 casos/100.000 h). La evolución de las tasas de IRAs por CCAA desde la semana 48/2022 se presenta en la tabla 1.

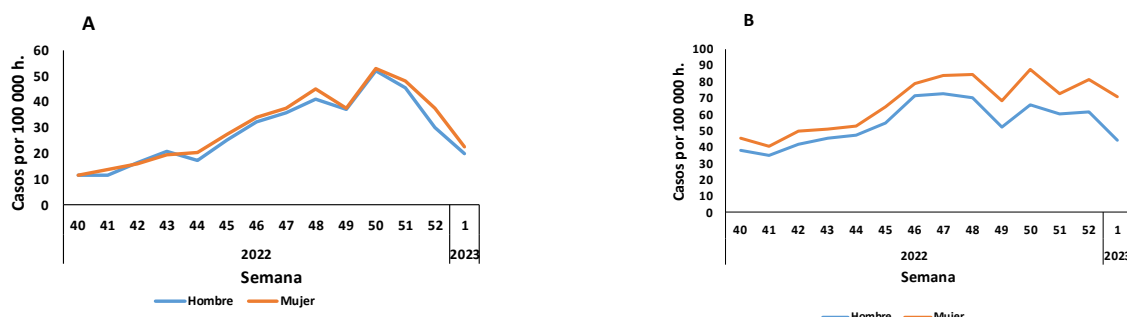
Tabla 1. Evolución de las tasas de incidencia de IRAs por comunidad autónoma en las últimas seis semanas. Temporada 2022-23

Comunidad Autónoma	Sem 48/2022	Sem 49/2022	Sem 50/2022	Sem 51/2022	Sem 52/2022	Sem 01/2023
Andalucía	556,4	318,7	512,9	486,6	421,2	312,8
Aragón	1181,5	884,0	1210,0	1205,9	1132,2	910,6
Asturias	1056,6	867,4	1083,3	1059,0	902,6	758,1
Baleares	308,4	294,5	354,0	344,0	232,9	306,3
Canarias	865,5	647,7	779,5	807,6	812,3	752,8
Cantabria	1152,4	997,6	1270,6	1184,1	1057,7	926,9
Castilla-La Mancha	1296,2	1197,8	1403,2	1343,9	1338,3	1355,7
Castilla y León	920,3	881,4	911,5	935,6	818,8	832,1
Cataluña	881,5	730,5	886,3	731,2	612,2	550,8
C. Valenciana	1404,3	1155,8	1404,6	1300,3	1138,2	1055,9
Extremadura	511,3	335,2	547,2	457,9	288,6	271,2
Galicia	412,1	344,5	454,0	417,1	398,8	342,0
Madrid	807,8	559,5	840,3	786,8	693,8	198,9
Murcia	1207,5	790,2	1109,6	1005,1	883,6	709,1
Navarra	794,4	660,7	900,9	839,5	734,4	647,4
País Vasco	609,3	403,7	630,0	561,9	483,0	372,3
La Rioja	1241,0	864,9	1320,2	1147,6	927,5	1066,1
Ceuta	1086,4	578,1	830,6	716,5	721,2	646,1
Melilla	1496,5	1002,3	1444,3	1308,6	1029,3	973,6
Nacional	853,9	657,0	858,1	794,5	701,5	567,5

*Tasas de incidencia por 100.000 habitantes.

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

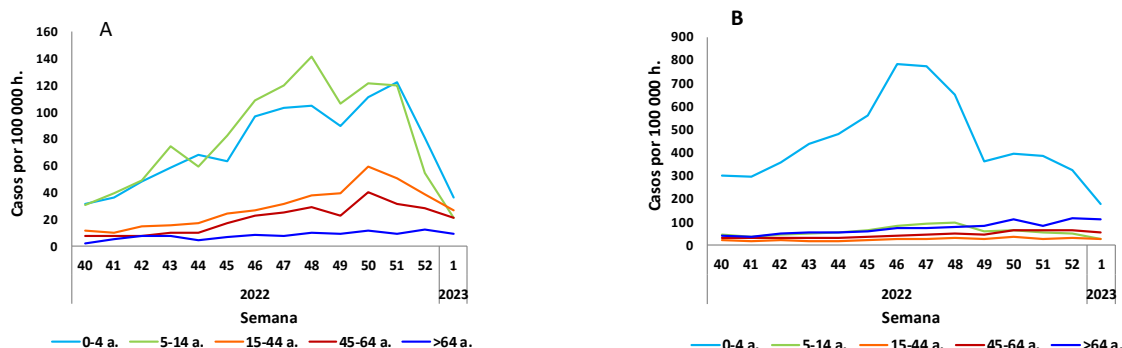
Figura 1. Tasas de síndrome gripal (A) y Bronquiolitis/bronquitis agudas/IRA de tracto inferior/Infección pulmonar aguda (B) en Atención Primaria, por sexo. Temporada 2022-23



(A) Síndrome gripal: códigos R80 (CIAP), 487 (CIE-9), J09, J10, J11 (CIE-10)

(B) Bronquiolitis/bronquitis agudas/IRA de tracto inferior/Infección pulmonar aguda: códigos R78 (CIAP); Bronquiolitis/bronquitis agudas: códigos 466 (CIE-9), J20, J21 (CIE-10)

Figura 2. Tasas de síndrome gripal (A) y bronquitis/bronquiolitis aguda/IRA de tracto inferior/Infección pulmonar aguda (B) en Atención Primaria por grupos de edad. Temporada 2022-23



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 01/2023 la tasa global de IRAG es de 21,4 casos/100.000 h (21,3 casos/100.000 h en la semana previa). Las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (143,9 vs 124,8 casos/100.000 h en la semana previa). Por sexo, la incidencia es 21,5 y 21,3 casos/100.000 h en hombres y en mujeres, respectivamente. La evolución de las tasas de IRAG por CCAA desde la semana 48/2022 se presenta en la tabla 2.

Tabla 2. Evolución de las tasas de hospitalización de IRAG por comunidad autónoma en las últimas seis semanas. Temporada 2022-23

Comunidad Autónoma	Sem 48/2022	Sem 49/2022	Sem 50/2022	Sem 51/2022	Sem 52/2022	Sem 01/2023
Andalucía	24,6	21,5	23,8	15,0	16,9	22,5
Aragón	21,5	21,0	21,0	18,5	21,7	23,1
Asturias	25,1	25,8	25,1	22,1	25,6	36,4
Baleares	19,6	23,0	18,2	19,9	27,9	14,3
Canarias	10,5	11,6	12,7	11,2	15,5	7,8
Cantabria	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	29,2	34,1	35,0	29,9	37,9	42,4
Castilla y León	19,1	21,1	26,8	20,2	29,8	26,0
Cataluña	11,3	12,4	14,9	15,7	10,3	7,5
C. Valenciana	28,8	26,2	27,9	27,2	21,7	28,6
Extremadura	31,4	34,0	34,1	33,2	39,3	36,8
Galicia	-	-	-	2,8	13,3	10,5
Madrid	28,4	27,0	28,4	25,8	28,9	31,7
Murcia	25,6	24,3	22,3	18,3	27,8	-
Navarra	-	-	-	-	-	-
País Vasco	24,4	28,7	26,6	21,3	23,5	23,6
La Rioja	30,5	25,9	25,8	32,0	24,7	23,9
Ceuta	-	-	-	-	1,3	-
Melilla	18,7	18,7	18,2	15,5	22,7	26,5
Nacional	21,1	20,9	22,2	19,4	21,3	21,4

*Tasas de incidencia por 100.000 habitantes.

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

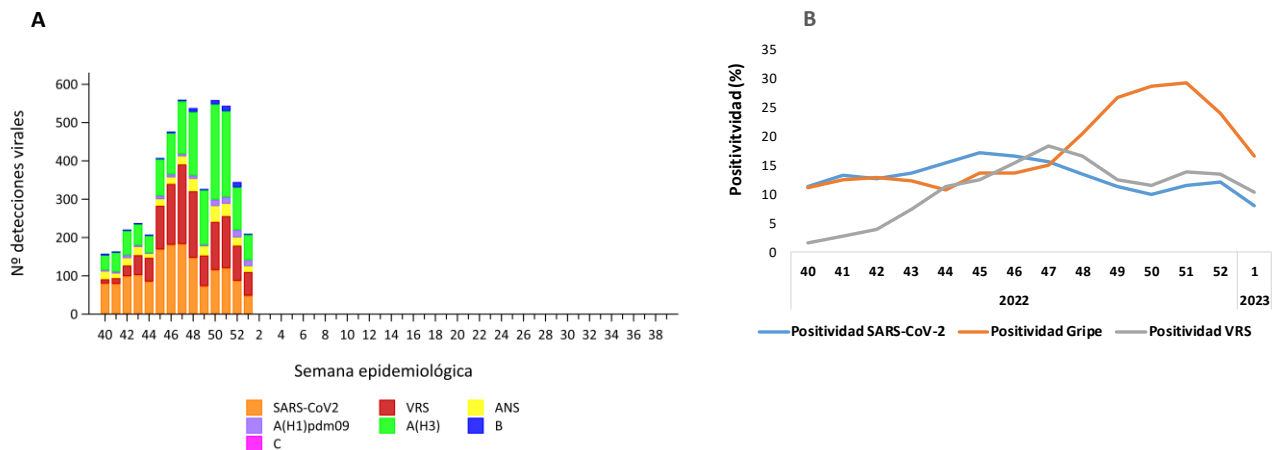
Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS

Atención Primaria (AP)

Tabla 3. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad a SARS-CoV-2, gripe y VRS en AP. Vigilancia centinela de IRAs. SiVIRA, temporada 2022-23. España

	Ultima semana*			Desde inicio 2022-2023		
	Muestras	Positivos*	%positividad*	Muestras	Positivos*	%positividad*
SARS-CoV-2*	605	48	7,9	11955	1568	13,1
Gripe*	605	100	16,5	11956	2178	18,2
VRS*	596	62	10,4	11360	1319	11,6

Figura 3. Detecciones semanales virales (A) y porcentaje de positividad (B) a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en AP. Vigilancia centinela de IRAs. España, temporada 2022-23



Fuente: CNE. ISCIII. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA)

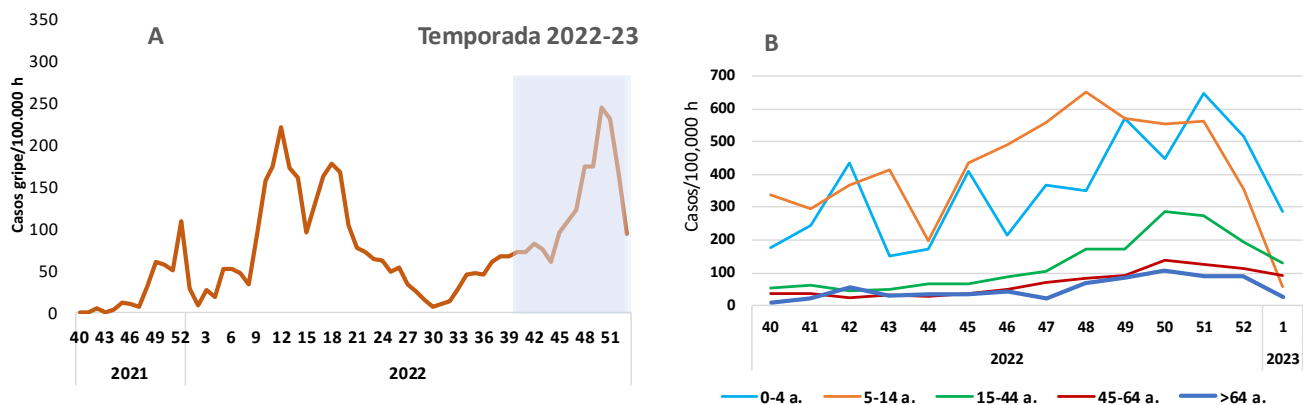
Desde el inicio de la temporada se han notificado 2.178 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAs, entre ellas 1.990 tipo A [303 A no subtipado, 1.556 A(H3) y 131 A(H1)pdm09] 70 de tipo B.

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, sintomático y de selección sistemática. Hasta el momento, con la información procedente de Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, C. Valenciana Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla.

En la semana 01/2023 la tasa de gripe en Atención Primaria se sitúa en 93,8 casos por 100.000 h (168,1 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe se dan en el grupo de 0-4 años (285,5 casos por 100.000 h).

Figura 4. Tasa estimada de gripe*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad, (B) temporada 2022-23

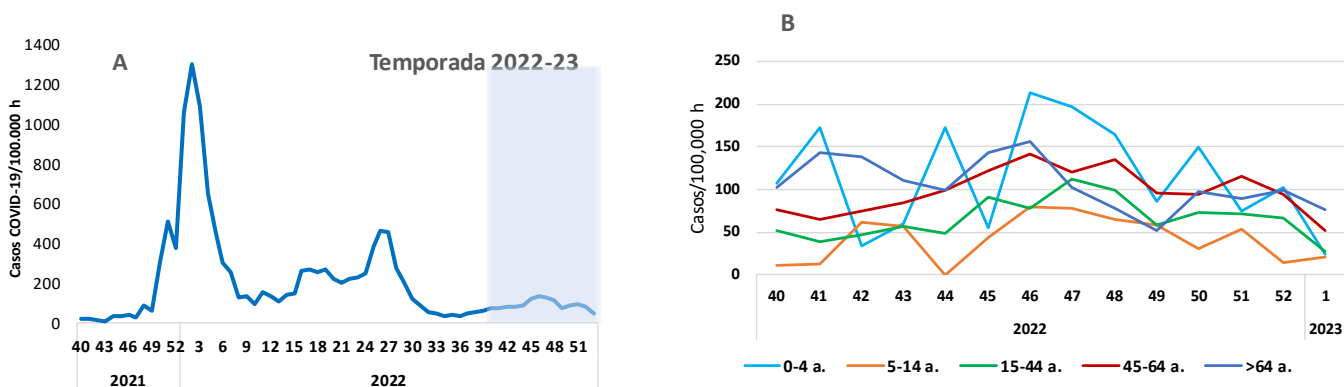


* Tasa de gripe confirmada: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a gripe. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 01/2023 la tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 45,0 casos por 100.000 h (83,9 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en los mayores de 64 años (76,9 casos por 100.000 h).

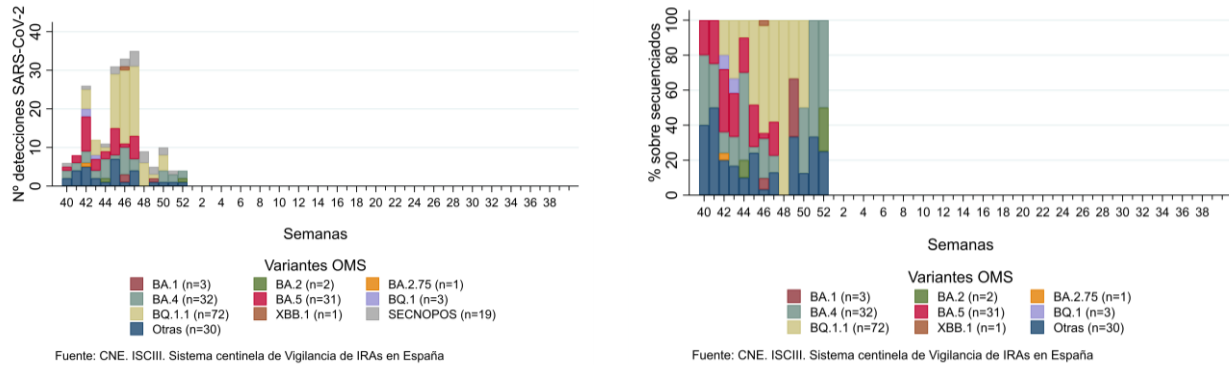
Figura 5. Tasa estimada de COVID-19*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad, (B) temporada 2022-23



* Tasa de COVID-19 confirmada: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a SARS-CoV-2. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

Caracterización genómica de casos centinela de SARS-CoV-2 en Atención Primaria.

Figura 6. Número semanal de Variantes circulantes de SARS-CoV-2 (izquierda) y porcentaje de cada una sobre el total (derecha) según la información obtenida en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs, temporada 2022-23

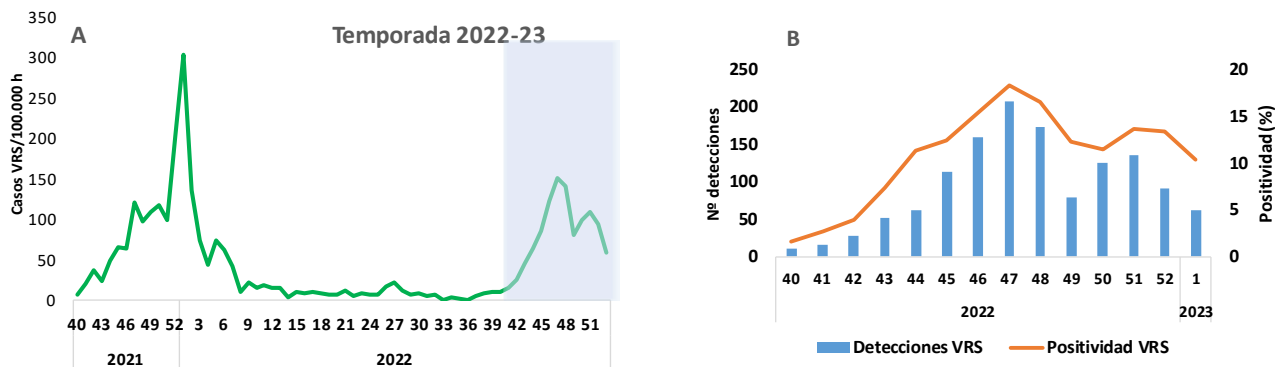


Desde el comienzo de la temporada 2022-23, el porcentaje de casos centinela de COVID-19 atendidos en Atención Primaria con información sobre caracterización genómica, entre el total de casos de IRAs positivos a SARS-CoV-2 es 14,2%. Las variantes de SARS-CoV-2 que circulan en la actualidad en mayor proporción son, BQ.1.1 (42%), BA.4 (19%) y BA.5 (15%).

VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

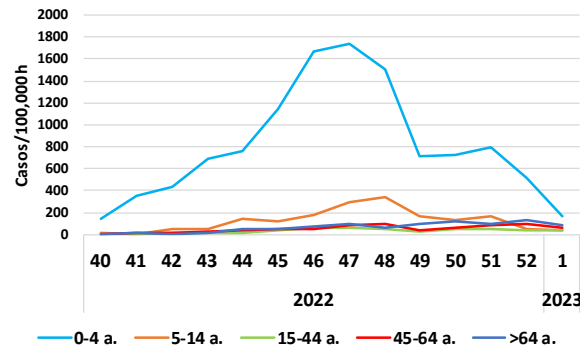
En la semana 01/2023 la tasa de VRS en Atención Primaria se sitúa en 59,0 casos por 100.000 h (93,9 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (166,5 casos por 100.000 h).

Figura 7. Tasa estimada de infección por VRS* (A) y porcentaje de positividad (B) en muestras centinela de AP Temporadas 2021-22 y 2022-23



* Tasa de infección confirmada de VRS: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a VRS. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCI](#)

Figura 8. Tasa estimada de infección por VRS por grupos de edad, temporada 2022-23



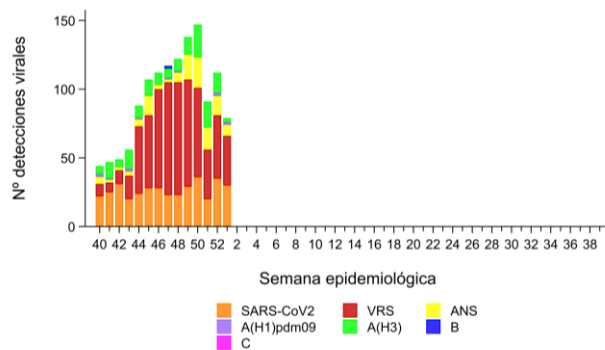
Hospitales

Tabla 4. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad a SARS-CoV-2, gripe y VRS. Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2022-23. España

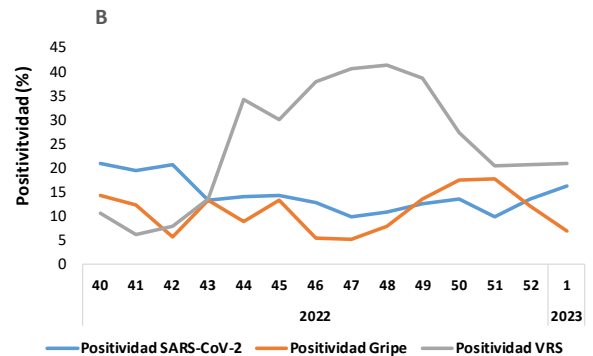
	Ultima semana*			Desde inicio 2022-2023		
	Muestras	Positivos*	%positividad*	Muestras	Positivos*	%positividad*
SARS-CoV-2	184	30	16,3	2683	374	13,9
Gripe	189	13	6,9	2634	293	11,1
VRS	170	36	21,2	2358	642	27,2

Figura 9. Detecciones semanales virales (A) y porcentaje de positividad (B) a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en hospitales. Vigilancia centinela de IRAGs. España, temporada 2022-23.

A



Fuente: CNE. ISCI. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA)

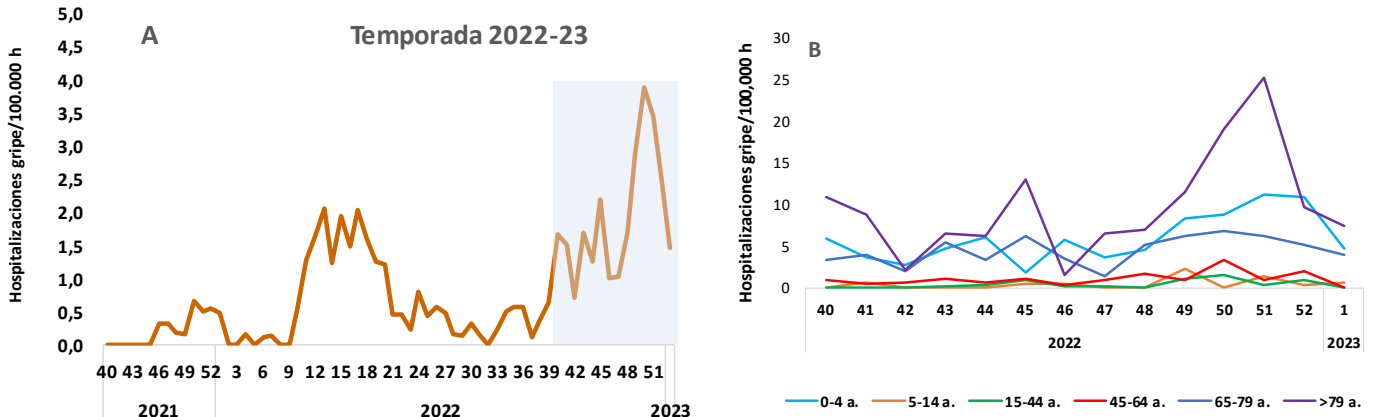


Desde el inicio de la temporada se han notificado 293 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAG, entre ellas, 293 de tipo A [121 A no subtipado, 158 A(H3) y 12 A(H1)pdm09].

Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 01/2023 la tasa de hospitalización por gripe en hospitales sitúa en 1,5 casos por 100.000 habitantes (2,6 casos por 100.000 habitantes en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en los mayores de 79 años (7,5 casos por 100.000 h).

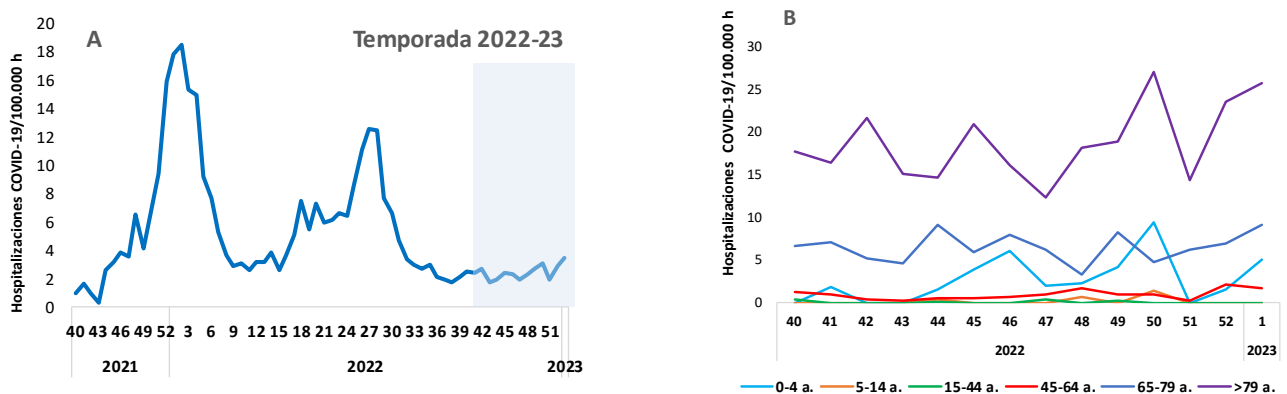
Figura 10. Tasa estimada de hospitalización por gripe*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad (B) temporada 2022-23



COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 01/2023 la tasa de hospitalización por COVID-19 se sitúa en 3,5 casos por 100.000 habitantes (frente a 2,9 en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en los mayores de 79 años (25,8 casos por 100.000 h).

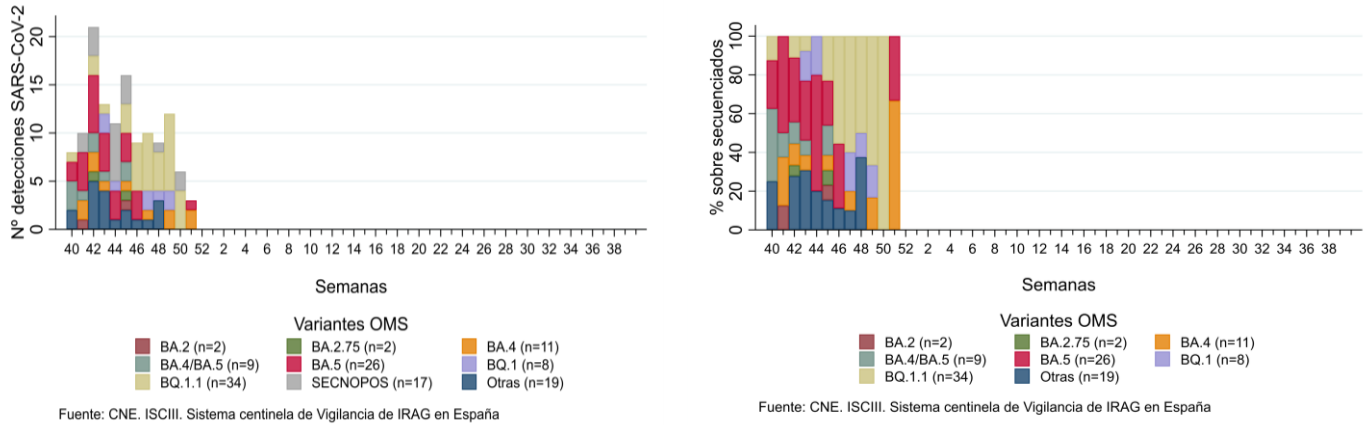
Figura 11. Tasa estimada de hospitalización por COVID-19*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad (B) temporada 2022-23



* Tasa de hospitalización por COVID-19 confirmado: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal a SARS-CoV-2. Ver: [Metodología SIVIRA. ISCI](#)

Caracterización genómica de casos centinela de SARS-CoV-2 en Hospitales.

Figura 12. Número semanal de variantes circulantes de SARS-CoV-2 (izquierda) y porcentaje de cada una sobre el total (derecha) según la información obtenida en hospitales centinela. Vigilancia centinela de IRAG, temporada 2022-23.



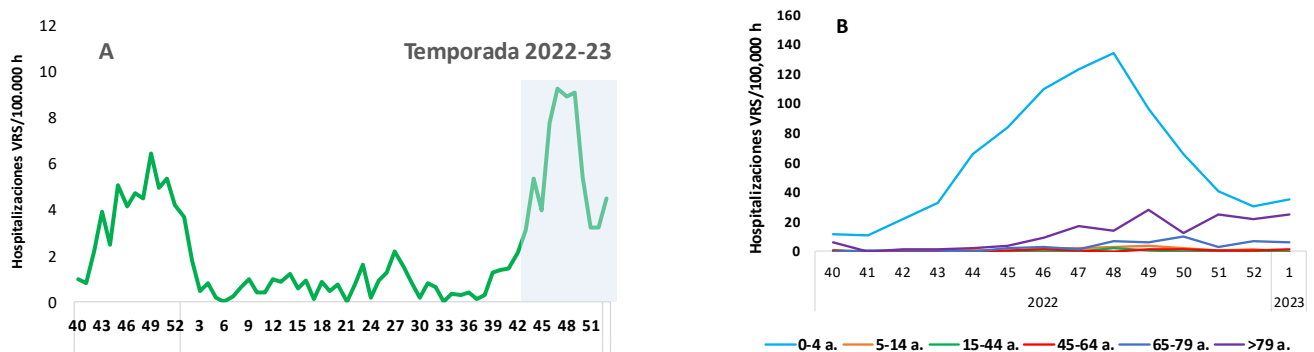
La notificación de secuenciación de SARS-CoV-2 tiene habitualmente un mayor retraso que otros indicadores. Desde el comienzo de la temporada 2022-23, el porcentaje de casos centinela de COVID-19 atendidos en los hospitales centinelas con información sobre caracterización genómica, entre el total de casos de IRAG positivos a SARS-CoV-2 es 34%. Las variantes de SARS-CoV-2 identificadas en mayor proporción desde el inicio de la temporada 2022-23 entre los casos de SARS-CoV2 hospitalizados son BQ.1.1 (31%), BA.5 (23%), BA.4 (10%).

VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 01/2023 la tasa de hospitalización por infección por VRS se sitúa en 4,5 casos por 100.000 habitantes (3,2 casos por 100.000 habitantes en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de 0-4 años (35,5 casos por 100.000 h), que disminuye esta semana, seguido de los mayores de 79 años (24,7 casos por 100.000 h), que aumenta esta semana.

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 13A. Se observa un aumento de las mismas en el grupo de 0-4 años de edad a partir de la semana 39/2022 y hasta la semana 48/2022 (figura 13B).

Figura 13. Tasa estimada de hospitalización por infección por VRS*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad (B) temporada 2022-23

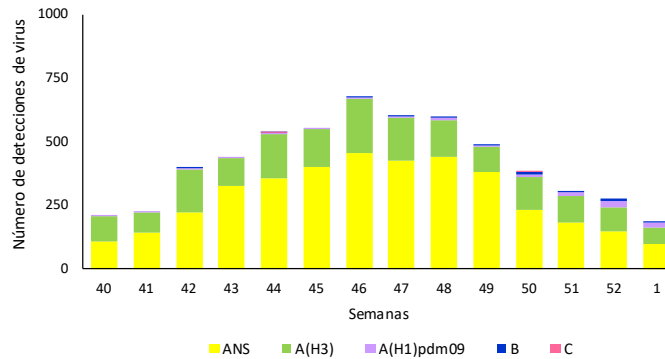


* Tasa de hospitalización por infección confirmada de VRS: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal VRS. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCI](#)

Vigilancia virológica no centinela de gripe

En la semana 01/2023 se han notificado 189 detecciones no centinela de gripe desde las redes de Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Murcia y La Rioja*. Entre ellas 184 de tipo A (98 ANS, 65 A(H3) y 21 A(H1)pdm09) (Figura 14).

Figura 14. Distribución semanal de detecciones de virus de la gripe por tipo/subtipo. Sistema no centinela. Temporada 2022-23. España



*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.

Caracterización virus de la gripe. Temporada 2022-23

Basándose en estudios genéticos realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado **310** virus de la gripe A(H3N2), 226 de ellos del grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Bangladesh/4005/2020-like), definido por la presencia de la mutación S156H en el gen de la hemaglutinina con respecto al virus vacunal A/Darwin/9/2021, y los 84 restantes pertenecen al grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Slovenia/8720/2022-like), definido por las mutaciones D104G y K276R, entre otras. Por el momento, se desconoce si estos grupos de virus son antigénicamente diferentes o similares al virus que se ha utilizado para elaborar la vacuna de la temporada 2022-23. Se han caracterizado también **25** virus A(H1N1), 4 de ellos pertenecientes al grupo 6B.1A.5a.2 (A/Sydney/5/2021-like), definido por la presencia de las mutaciones K54Q, A186T, Q189E, E224A, R259K y K308R en el gen de la hemaglutinina, y los 21 restantes pertenecen al grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Norway/25089/2022-like), con las mismas mutaciones que el grupo A/Sydney/5/2021, y adicionalmente P137S, K142R, D260E y T277A, con respecto al virus vacunal A/Victoria/2570/2019. Según el último informe del ECDC de caracterización de los virus de la gripe en Europa, estos virus han demostrado ser antigénicamente diferente al virus vacunal. El único virus B caracterizado hasta ahora es del linaje Victoria, del mismo grupo que el virus vacunal B/Austria/1359417/2021.

El análisis de susceptibilidad a antivirales frente a gripe en los 233 virus AH3, 21 virus AH1 y 1 virus B analizados ha evidenciado la identificación de la mutación H275Y, asociada con resistencia a oseltamivir, en un virus AH1. En el resto no se han identificado mutaciones asociadas con resistencia a oseltamivir, zanamivir o baloxavir. En todos los virus AH3 y AH1 se ha detectado la presencia de la mutación S31N en el gen de la proteína matriz, asociada con resistencia a los adamantanos.

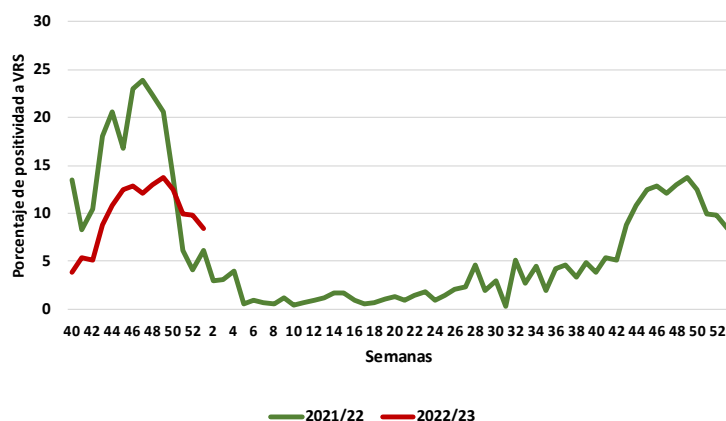
Brotos de gripe

Desde el inicio de la temporada 2022-23 se han notificado 16 brotes de gripe, 1 en Castilla La Mancha, 3 en Aragón y 12 en Cataluña. En todos ellos se ha identificado el virus de la gripe tipo A [14 por A no subtipado, uno por A(H3N2) y otro por A(H3N2) y A(H1N1)pdm09]. Se han caracterizado genéticamente 2 de los virus de la gripe A, siendo el A(H3N2) del grupo A/Slovenia/8720/2022 y el virus A(H1N1)pdm09 del grupo A/Norway/25089/2022. Los brotes se han producido en un centro de larga estancia, en 12 centros geriátricos, en 2 colegios/guarderías y en una instalación sanitaria. La mediana de edad de las personas afectadas en los centros geriátricos es de 85 años.

Vigilancia virológica no centinela de VRS

En la semana 01/2023 se han notificado 225 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Galicia, Murcia y La Rioja*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, se sitúa en el 8% frente al 10% de la semana previa. En la figura 15 se observa la evolución de la positividad de VRS en la temporada 2021-22 y desde el inicio de la 2022-23.

Figura 15. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22 y 2022-23. España

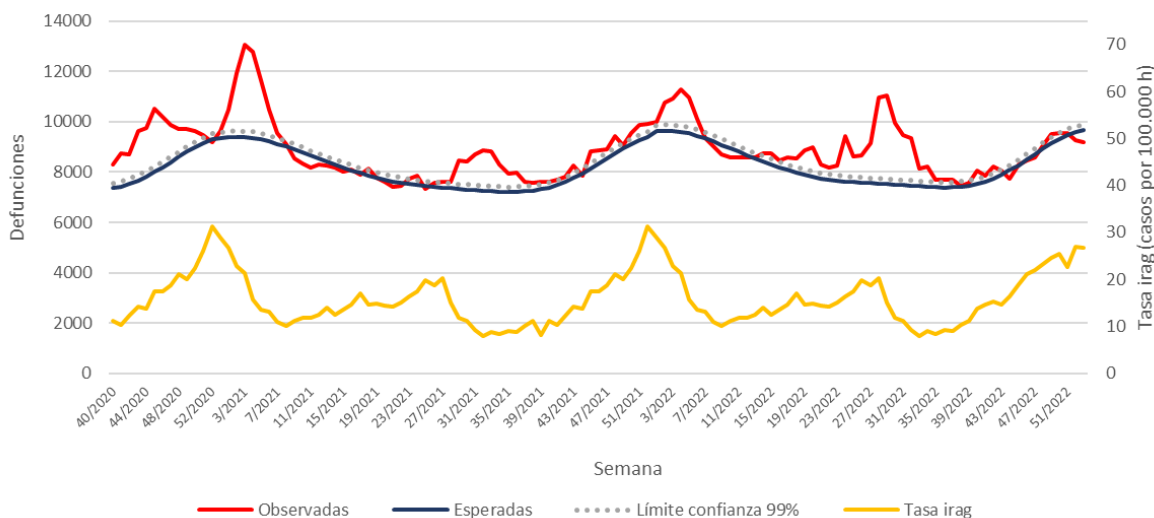


*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que este valor puede variar en función de la semana de presentación de los informes.

Excesos de mortalidad por todas las causas

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 35.609 excesos de defunciones por todas las causas. Desde el inicio de la temporada 2022-23 hasta la semana 01/2023 se han producido 900 excesos de defunciones por todas las causas (Figura 16).

Figura 16. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Temporadas 2020-21, 2021-22 y 2022-23. España

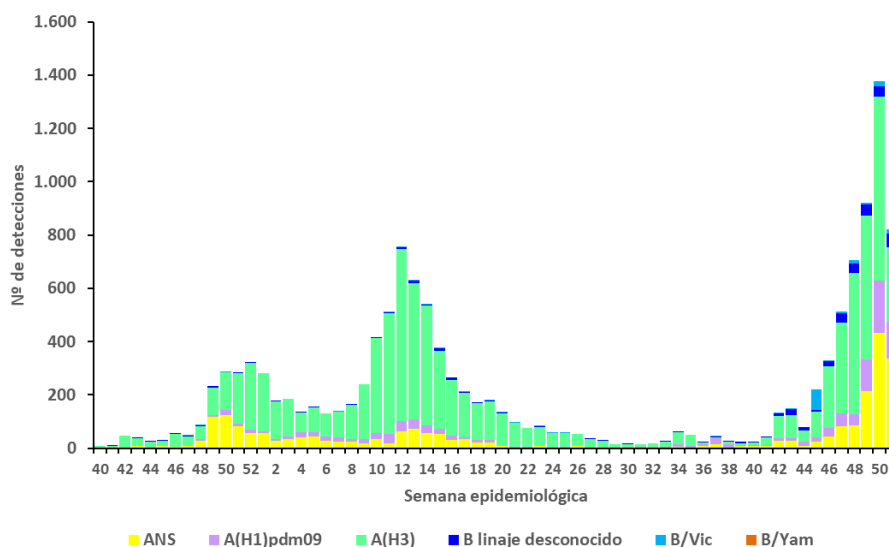


Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Situación en Europa

El ECDC indica que en la semana 52/2022 el porcentaje de positividad en las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa fue del 34%. El 92% de las muestras fueron tipo A (Figura 17). De las 418 muestras tipo A subtipadas, el 67% fueron A(H3). En esta temporada, de 47.319 muestras centinelas analizadas, 9.603 (20%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 93% fueron virus tipo A, y el 7% tipo B. De los 6.992 virus tipo A subtipados hasta ahora, 80% fueron A(H3) y 20% A(H1) pdm09. Todos los virus de tipo B adscritos a linaje fueron B/Victoria.

Figura 17. Detecciones de gripe de muestras centinela. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC. Temporadas 2021-22 y 2022-2023



Para más consultar

información [ECDC](#)

En la región europea de la OMS, en la semana 52/2022, se señala un descenso de un 42,9% de nuevos casos de COVID-19 y de un descenso del 29,5% de defunciones, comparado con la semana 51/2022.

El porcentaje global de test positivos para SARS-CoV-2 fue del 13,4% frente al 13,8% en la semana 51/2022. Ha habido un aumento de casos notificados de VRS en comparación con años anteriores en esta época del año, y se señala un aumento con fluctuaciones en el porcentaje de positividad desde la semana 40/2022 hasta la semana 47/2022 en AP.

El porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras centinela en Atención Primaria se muestra en la figura 18 y el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras procedentes de IRAG en hospitales se presenta en la figura 19.

Figura 18. 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

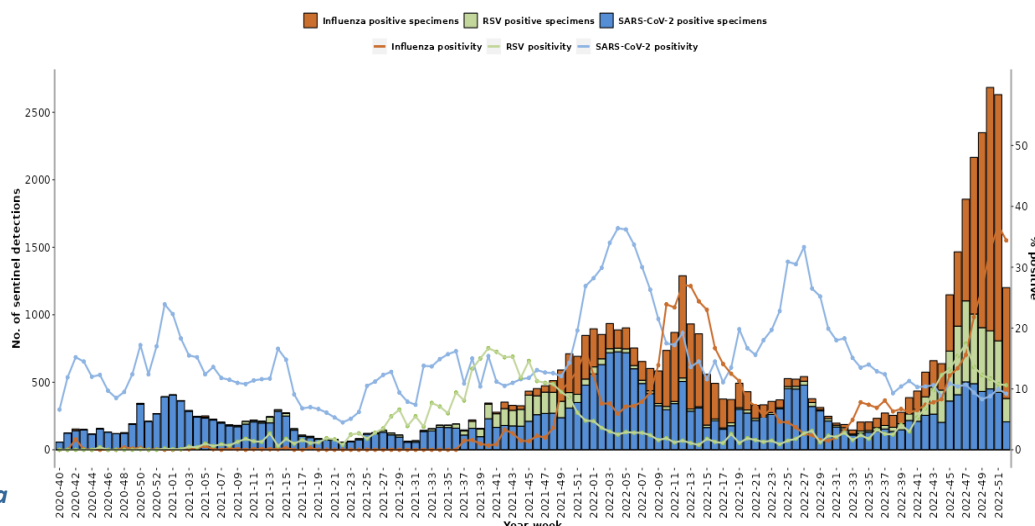
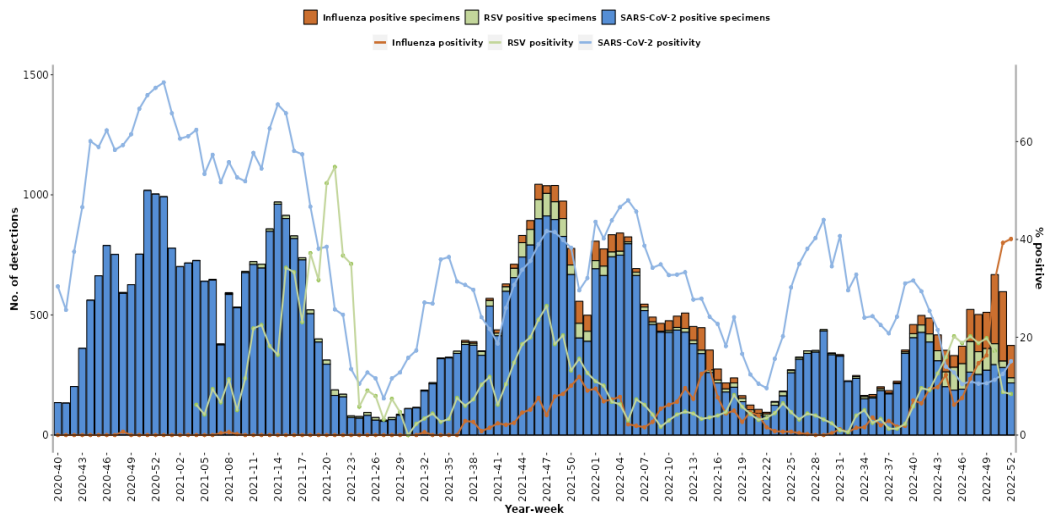


Figura 19. Número de detecciones y porcentaje de positividad a COVID-19, gripe y VRS en muestras de IRAG en hospitales. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC



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

Situación en el mundo

No hay ninguna actualización disponible 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-435](https://www.who.int/news-room/updates/2022-08-10)

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.

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos a la OMS de infección humana de gripe A(H5N1). Globalmente y hasta la fecha, se han notificado un total de 868 casos y 457 fallecimientos en 21 países.

Desde la última actualización, se ha notificado el 6 de enero de 2023 un caso de infección humana por virus de la gripe aviar A(H5N6) en China. Se trata de un hombre de 54 años en estado crítico de la provincia de Hunan. Por tanto, desde 2014 y hasta la fecha se han notificado un total de 83 casos confirmados, incluidas 33 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H5N6), la mayoría de ellos notificados por China (82) 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: [Centre for Health Protection - Avian Influenza Report \(chp.gov.hk\)](https://www.chp.gov.hk/)

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).

Desde 1998 y hasta la fecha se han notificado 115 casos y 2 fallecimientos. Hasta la fecha no hay evidencias de transmisión del virus entre humanos.

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

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

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

Desde 1998 un total de 115 casos confirmados, incluidas 2 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H9N2) notificados por China (102), 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 \(NHC\)](http://www.nhc.gov.cn/)

Infección humana por virus variantes de la gripe porcina A

Desde la última actualización y hasta la fecha, no se han notificado casos nuevos de infección humana por virus de la gripe porcina.

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 casos nuevos de infección humana de MERS-CoV.

Desde enero de 2022, y a hasta el 5 de diciembre de 2022, se han notificado seis casos de MERS-CoV en Arabia Saudí (3), Qatar (2) y Omán (1), incluida una muerte. Todos los casos fueron casos primarios, y todos menos uno, reportaron contacto con camellos.

Desde abril de 2012 se han notificado 2.607 casos de MERS-CoV, incluidas 944 defunciones, por las autoridades sanitarias a nivel mundial.

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. Se ha producido una transmisión secundaria de persona a persona, especialmente dentro de los hogares y en los entornos de atención sanitaria.

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

Una información detallada sobre los sistemas y fuentes de información, así como de la metodología empleada en la elaboración de este informe se puede consultar en “Metodología SiVIRA, sistemas y fuentes de información. Temporada 2022-23”, disponible en: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

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 infecciones respiratorias agudas en España (SiVIRA): médicos y centros centinela, epidemiólogos de las redes centinela, virólogos de los laboratorios integrados en el SiVIRA y laboratorios asociados, profesionales de los hospitales participantes en la vigilancia de los casos graves hospitalizados, responsables epidemiológicos y virológicos de cada red y coordinadores epidemiológicos y virológicos de SiVIRA (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 [SiVIRA](#) 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. Semana 01/2023. Nº 113. 11 de enero de 2023.