

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

Semana 08/2022 (del 21 al 27 de febrero de 2022)

Nº 69. 3 de marzo de 2022

Continúa disminuyendo la incidencia de IRAS en Atención Primaria y las de IRAG en hospitales, así como la hospitalización por COVID-19 en España

Índice

- Nota preliminar: Estrategia de Vigilancia Centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria y en Hospitales
- Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria
- Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales
- Vigilancia virológica no centinela de la gripe
- Vigilancia de virus respiratorio sincitial (VRS)
- Excesos de mortalidad por todas las causas
- Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios
- Sistemas y fuentes de información

Resumen

- En la semana 08/2022 la tasa global de **IRAS** desciende a 625 casos por 100.000 h, observándose las mayores tasas de incidencia en los menores de 15 años (2.050 casos/100.000 h en el grupo de 0-4 años y 764 casos/100.000h en el grupo de 5 a 14 años). Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han analizado 1.553, 967 y 947 muestras centinela de IRAs para SARS-CoV-2, gripe y VRS, con un porcentaje de positividad de 10,8%, 4,3% y 7,9% respectivamente.
- En la semana 08/2022 la tasa global de **IRAG** se sitúa en 10,3 casos por 100.000 h. Las mayores tasas de incidencia continúan observándose en el grupo de mayores de 79 años (61 casos /100.000 h), seguido del grupo de 0 a 4 años (22 casos/100.000 h) y de 65 a 79 años (19 casos /100.000 h). Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han analizado 3.032, 2.177 y 1.370 muestras centinela de IRAG para SARS-CoV-2, gripe y VRS, con un porcentaje de positividad de 41,3%, 1,0% y 17,0%, respectivamente.
- Esta semana se han notificado 56 detecciones de virus de la **gripe procedentes de muestras no centinela**, todos ellos tipo A [47 A no subtipado y 9 A(H3)]. Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han notificado 2.508 detecciones de virus de la gripe: 2.444 tipo A [1.981 A no subtipado, 459 A(H3) y 4 A(H1N1)pdm09], 50 virus tipo B y 14 tipo C.
- Basándose en **estudios genéticos** realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado **321** virus de la gripe A(H3N2), todos ellos del grupo 3C.2a1b.2a.2 (grupo Bangladesh). Según el último informe del ECDC de caracterización de los virus de la gripe en Europa, este grupo de virus ha demostrado ser antigénicamente diferente al grupo al que pertenece el virus que se ha utilizado para elaborar la vacuna de la temporada 2021-22. Se han caracterizado también **19** virus A(H1N1), todos pertenecientes al grupo 6B.1A.5a.1 (A/GuangdongMaonan/SWL1536/2019), definido por la presencia de las mutaciones con respecto al virus vacunal A/Victoria/2570/2019. Se han caracterizado **3** virus B, todos del linaje Victoria, uno del grupo representado el virus vacunal de la temporada 2021-22, y los dos restantes del grupo representado por B/Austria1359417/2021, definido por la presencia de las mutaciones con respecto al virus vacunal B/Washington/02/2019.
- Esta semana se han notificado 11 detecciones no centinela de **VRS**, siendo el porcentaje de positividad del 1%.
- El Sistema de **Monitorización de Mortalidad Diaria (MoMo)** estima que, en la temporada 2020-21 se produjeron 40.807 excesos de defunciones por todas las causas. Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han producido 12.266 excesos de defunciones por todas las causas
- **En Europa**, ECDC indica que, en la semana 07/2022, el 9% de las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe han resultado ser positivas, frente al 6% en la semana anterior. El 96% fueron tipo A. De las 60 muestras tipo A subtipadas, el 92% fueron A(H3). En lo que va de temporada, de 35.205 muestras centinelas analizadas, 2.427 (7%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 99% fueron virus tipo A, con un 93% de A(H3) entre los subtipados.

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

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

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

Así pues, dentro del Sistema de Vigilancia de Gripe y otros Virus Respiratorios en España se han implementado en varias CCAA los siguientes sistemas:

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

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

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

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

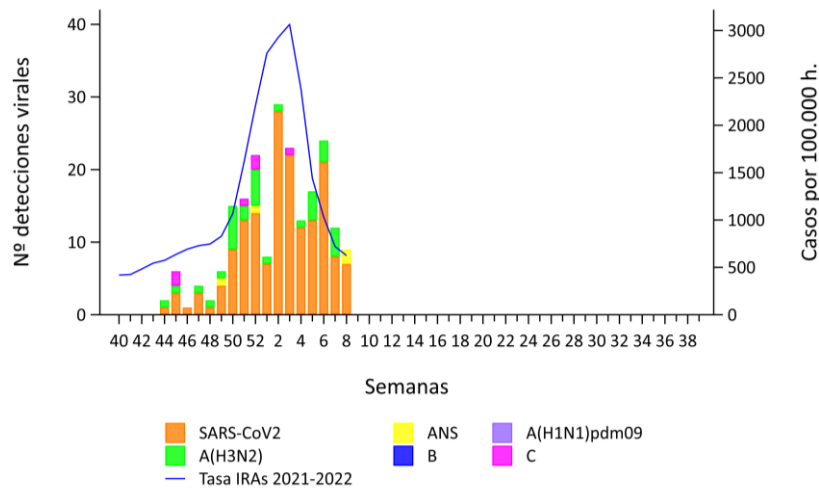
Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria

Han participado en la vigilancia centinela de IRAs en la temporada 2021-22, Andalucía, Cataluña, Extremadura, La Rioja y Melilla y La Rioja. En la semana 07/2022 el análisis de las tasas semanales de IRAs desde el inicio de la temporada 2021-22 se realiza con la información procedente de Cataluña, Extremadura y La Rioja, a la espera de ajustes en el circuito de vigilancia en el resto de CCAA participantes.

La tasa global en la semana 08/2022* desciende a 625 casos de IRAs por 100.000 habitantes, frente a 720 en la semana previa (Razón de tasas: 0,86; IC95%: 0,78 – 0,96) (Figura 1).

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

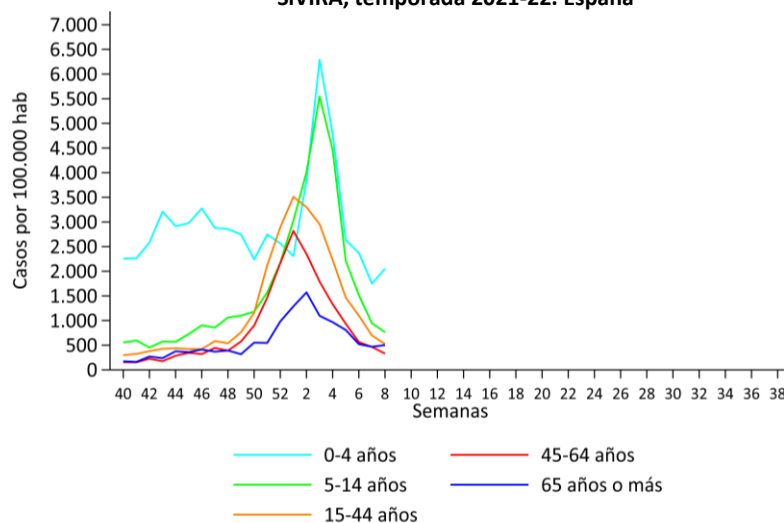
Figura 1. Tasas de incidencia semanal de IRAs y nº de detecciones SARS-CoV-2 y gripe. SiVIRA, temporada 2021-22. España



Fuente: CNE. ISCIII. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

Por grupos de edad, esta semana las tasas más altas continúan observándose en los menores de 15 años (2.050 casos/100.000 h en el grupo de 0 a 4 años, y 764 casos/100.000h en el grupo de 5 a 14 años). Las tasas disminuyen de forma estadísticamente significativa en los grupos de edad entre 5 y 64 años (Figura 2).

Figura 2. Tasas de incidencia semanal de IRAs por grupo de edad. SiVIRA, temporada 2021-22. España



Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han analizado 1.553, 967 y 947 muestras centinela de IRAs para SARS-CoV-2, gripe y VRS, con un porcentaje de positividad de 10,8%, 4,3% y 7,9% respectivamente (Tabla 1).

Tabla 1. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad a SARS-CoV-2, gripe y VRS. Vigilancia centinela de IRAs. SiVIRA, temporada 2021-22. España

	Última semana*			Desde inicio 2021-22**		
	Muestras	Positivos	%positividad	Muestras	Positivos	% positividad
SARS-CoV-2	45	7	15.60	1553	167	10.80
Gripe	34	2	5.90	967	42	4.30
VRS	34	0	0.00	947	75	7.90

*El número de muestras enviadas esta semana puede estar afectadas por retraso en la notificación, que se subsanará en semanas posteriores.

**Esta semana se señala un número de detecciones gripales centinela resultante de un proceso de reajuste de circuitos en algunas CCAA. La información se irá actualizando semanalmente de acuerdo con la consolidación de los sistemas centinela de IRAs.

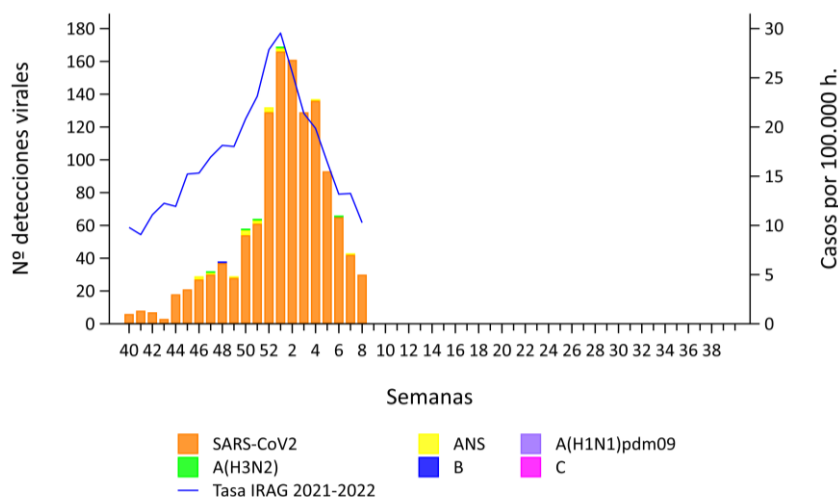
Dos de las muestras analizadas para gripe esta semana han sido positivas (5,9%), las dos A no subtipado. Desde el inicio de la temporada se han notificado 42 detecciones de virus gripales (4,3%) [32 A(H3N2), cuatro A no subtipado y 6 tipo C].

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

En la temporada 2021-22, Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja están notificado al SiVIRA información sobre IRAG. En la semana 08/2022* la tasa global de IRAG desciende a 10,3 casos por 100.000 habitantes, frente a 13,2 por 100.000 h la de la semana pasada (Razón de tasas: 0,76; IC 95%: 0,68 – 0,86) (Figura 3).

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

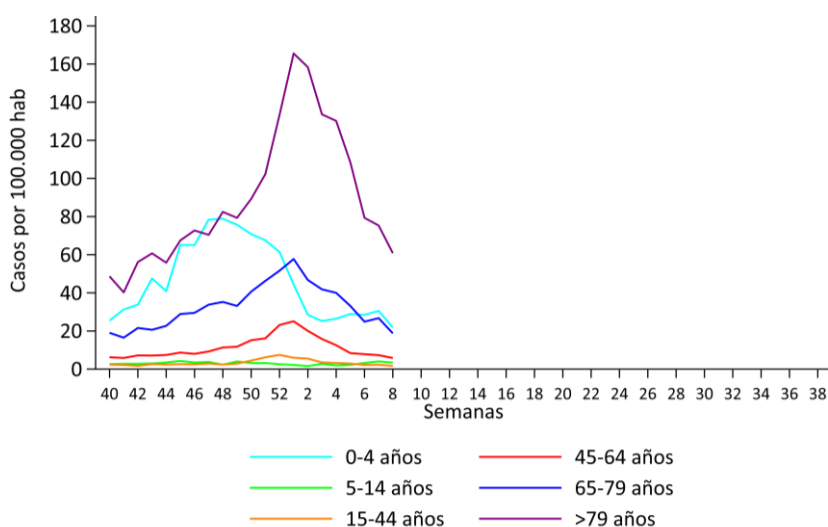
Figura 3. Tasas de incidencia semanal de IRAG y nº de detecciones SARS-CoV-2 y gripe. Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2021-22. España



Fuente: CNE. ISCIII. Sistema centinela de Vigilancia de Gripe en España

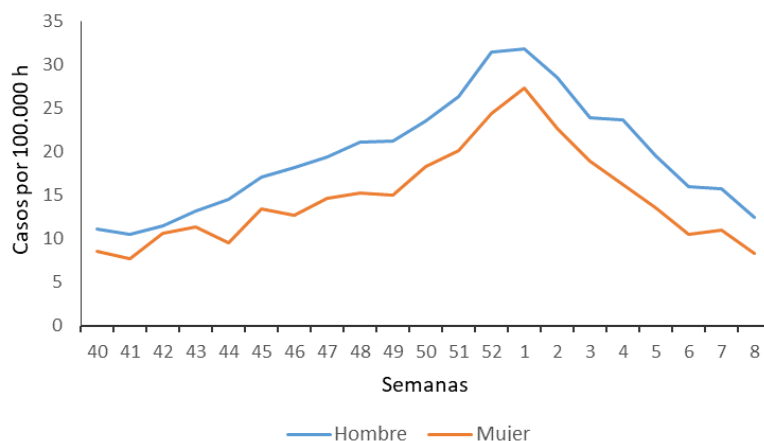
Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia esta semana se observan en mayores de 79 años (61 casos /100.000 h), seguido del grupo de 0 a 4 años (22 casos/100.000 h) y de 65 a 79 años (19 casos /100.000 h) (Figura 4).

Figura 4. Tasas de incidencia semanal de IRAG por grupo de edad.
Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2021-22. España



Las tasas de incidencia de IRAG en la semana 08/2022 son 12 casos/100.000 h en hombres y 8 casos/100.000 en mujeres (Figura 5).

Figura 5. Tasas de incidencia semanal de IRAG por sexo.
Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2021-22. España



Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han analizado 3.032, 2.177 y 1.370 muestras centinela de IRAG para SARS-CoV-2, gripe y VRS, con un porcentaje de positividad de 41,3%, 1,0% y 17,0%, respectivamente (Tabla 2).

Tabla 2. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad a SARS-CoV-2, gripe y VRS.
Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2021-22. España

	Ultima semana*			Desde inicio 2021-22		
	Muestras	Positivos	%positividad	Muestras	Positivos	% positividad
SARS-CoV-2	92	30	32.60	3032	1251	41.30
Gripe	56	0	0.00	2177	22	1.00
VRS	31	3	9.70	1370	233	17.00

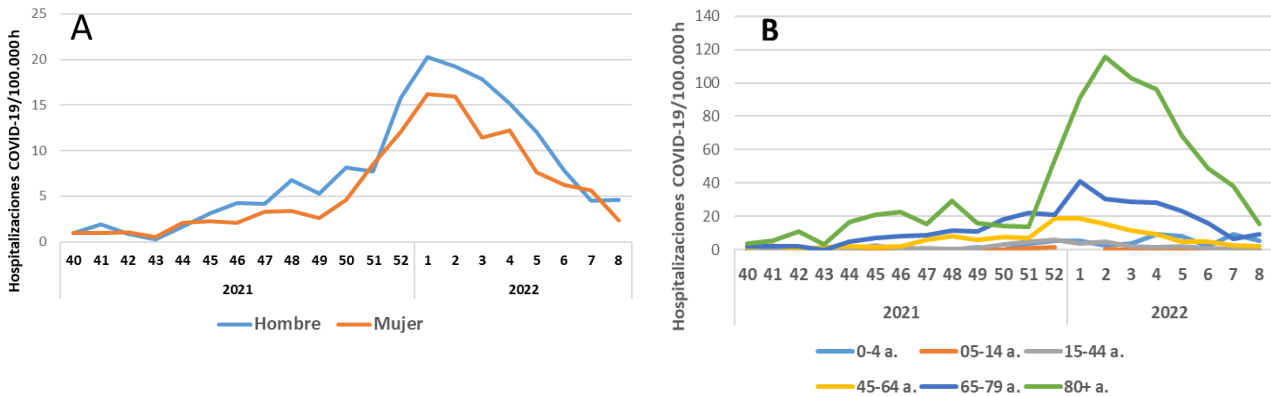
*El número de muestras enviadas esta semana puede estar afectadas por retraso en la notificación, que se subsanará en semanas posteriores

Ninguna de las muestras analizadas para gripe esta semana ha sido positiva. Desde el inicio de la temporada se han notificado 22 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAG: 21 tipo A [16 A no subtipado y 5 A(H3N2)] y una tipo B.

Vigilancia centinela de COVID-19

En hospitales

Figura 6. Tasa semanal de hospitalización de COVID-19 por sexo (A) y edad (B)
Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2021-22. España



Las hospitalizaciones por COVID-10 ofrecen un patrón de distribución por edad similar (Figura 6) a las tasas de hospitalización de IRAG, con la excepción del grupo de 0-4 años que presentan las menores tasas de hospitalización por COVID-19, en comparación con una curva de hospitalización por IRAG, máxima en las semanas 47-48/2021, que coincide con la circulación de VRS (Ver apartado “Vigilancia virológica no centinela del virus respiratorio sincitial (VRS)”).

Tabla 3. Número de hospitalizaciones estimadas por COVID-19.
Vigilancia centinela de IRAG. SiVIRA, temporada 2021-22. España

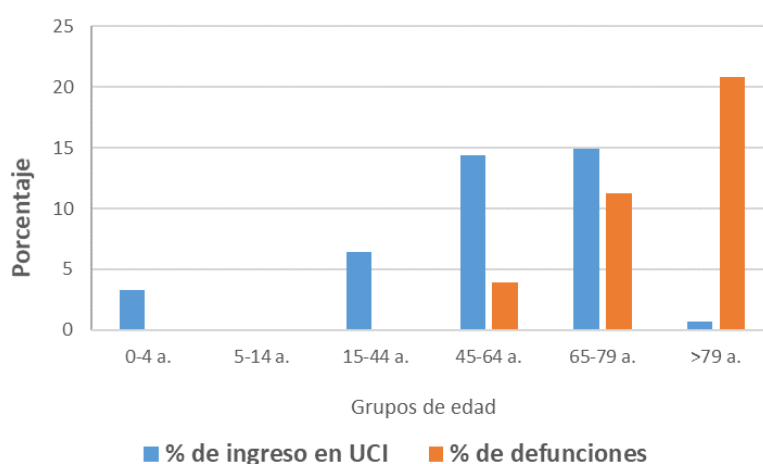
Grupo de edad	Número de hospitalizaciones estimadas por COVID-19 desde la semana 40/2021	Porcentaje del total de casos (%)
0-4	1091	1,57
5-14	206	0,30
15-44	6182	8,90
45-64	19067	27,45
65-79	19807	28,51
80+	23115	33,27
Total	69468	100,00

A partir de la vigilancia centinela de IRAG se estima que la sexta ola de COVID-19 ha producido un pico hospitalizaciones por COVID-19 entre las semanas 1-2/2022. Se observan mayores tasas de hospitalización en hombres que en mujeres. Las mayores tasas de hospitalización se presentan en el grupo de 80+ años (122 hospitalizaciones/100.000h en el pico de la sexta ola) (Figura 6).

Se estima que desde el inicio de la temporada 2021-22 se han producido a nivel nacional 68.664 hospitalizaciones por COVID-19 con IRAG (Tabla 3). Los casos hospitalizados de COVID-19 se estiman mediante una adaptación del indicador Proxy utilizado en la Guía PISA para la evaluación de la gravedad de las epidemias y pandemias de gripe en España², que se obtiene mediante el producto de las tasas de incidencia semanal de IRAG y el porcentaje semanal de positividad a SARS-CoV-2 en las muestras centinela analizadas, ambos por CCAA y grupo de edad, y extrapolando posteriormente a la población española. La precisión en estas estimaciones aumentará con la integración de un mayor número de CCAA en la vigilancia centinela de IRAG.

El porcentaje de admisión en UCI entre los hospitalizados por COVID-19 varía entre un <1% en mayores de 79 años a 15% en el grupo de 65-79 años (Figura 7). La letalidad entre los hospitalizados con COVID-19 es máxima en el grupo de mayores de 79 años (21%).

Figura 7. Porcentaje de admisión en UCI y defunciones entre las hospitalizaciones por COVID-19. Vigilancia centinela de IRAG. SIVIRA, temporada 2021-22. España



Vigilancia virológica no centinela de la gripe

En la semana 08/2022, se han notificado 56* detecciones de virus de la gripe procedentes de muestras no centinela, todos ellos tipo A [47 A no subtipado y 9 A(H3)].

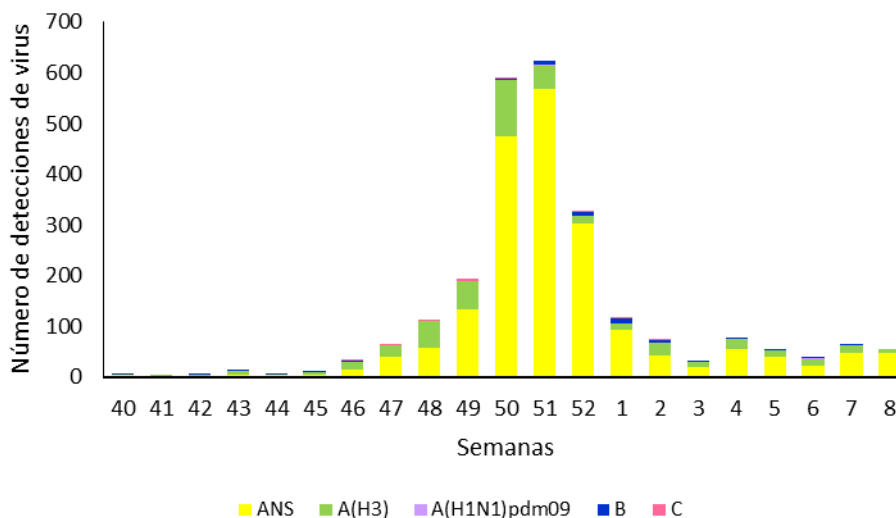
Desde el inicio de la temporada 2021-22, desde las CCAA de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Castilla La Mancha, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco y La Rioja, se han notificado 2.508** detecciones de virus de la gripe procedentes de muestras no centinela: 2.444 tipo A [1.981 A no subtipado, 459 A(H3) y 4 A(H1N1)pdm09], 50 virus tipo B y 14 tipo C (Figura 8).

*El número de muestras enviadas las últimas semanas pueden estar afectadas por retraso en la notificación, que se subsanará en semanas posteriores.

**Las CCAA han actualizado sus datos retrospectivamente, por lo que el número total de detecciones enviadas se eleva respecto a informes previos

² Guía para la evaluación de la gravedad de las epidemias y pandemias de gripe en España. Disponible en https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/VigilanciaSaludPublicaRENAVE/EnfermedadesTransmisibles/Documentos/GRIPE/GUIAS/Guia_Evaluacion_Gravedad_Epidemias_Gripe_28Marzo2019.pdf

Figura 8. Distribución semanal de detecciones de virus de la gripe por tipo/subtipo. Sistema no centinela. Temporada 2021-22. España



Caracterización genética en virus no centinela

Basándose en estudios genéticos realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado **321** virus de la gripe A(H3N2), todos ellos del grupo 3C.2a1b.2a.2 (grupo Bangladesh), definido por la presencia de las mutaciones Y159N, K160I, L164Q, R186D y D190N en el gen de la hemaglutinina con respecto al virus vacunal A/Cambodia/e0826360/2020. Según el último informe del ECDC de caracterización de los virus de la gripe en Europa, este grupo de virus ha demostrado ser antigénicamente diferente al grupo al que pertenece el virus que se ha utilizado para elaborar la vacuna de la temporada 2021-22. Se han caracterizado también **19** virus A(H1N1), todos pertenecientes al grupo 6B.1A.5a.1 (A/GuangdongMaonan/SWL1536/2019), definido por la presencia de las mutaciones N130K, K156N, I161L, D187A, Q189E y A250V en el gen de la hemaglutinina con respecto al virus vacunal A/Victoria/2570/2019. En lo que respecta a virus B, se han caracterizado **3** virus, todos del linaje Victoria, uno del grupo representado el virus vacunal de la temporada 2021-22, y los dos restantes del grupo representado por B/Austria1359417/2021, definido por la presencia de las mutaciones A127T, R133G, P144L, N150K, G184E, S197D, K203R y R279K en el gen de la hemaglutinina con respecto al virus vacunal B/Washington/02/2019.

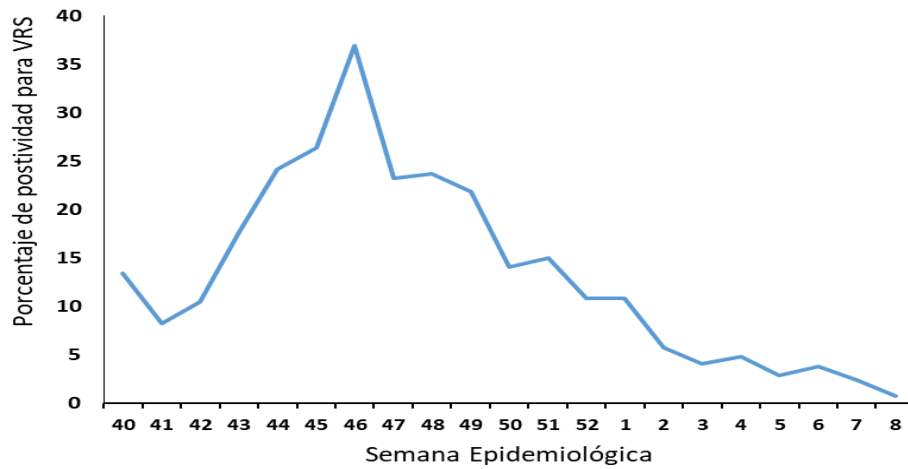
El análisis de la susceptibilidad a antivirales frente a gripe en **80** de los virus AH3 no ha evidenciado la identificación de mutaciones asociadas con resistencia a oseltamivir, zanamivir o baloxavir, sin embargo, se ha detectado en todos ellos la presencia de las mutaciones S31N o S31D, asociadas con resistencia a los adamantanos.

Vigilancia virológica no centinela del virus respiratorio sincitial (VRS)

En la semana 08/2022 se han notificado 11 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Baleares, Canarias, Cantabria, Galicia, Murcia, País Vasco y La Rioja*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, se sitúa en el 1% (Figura 9).

*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.

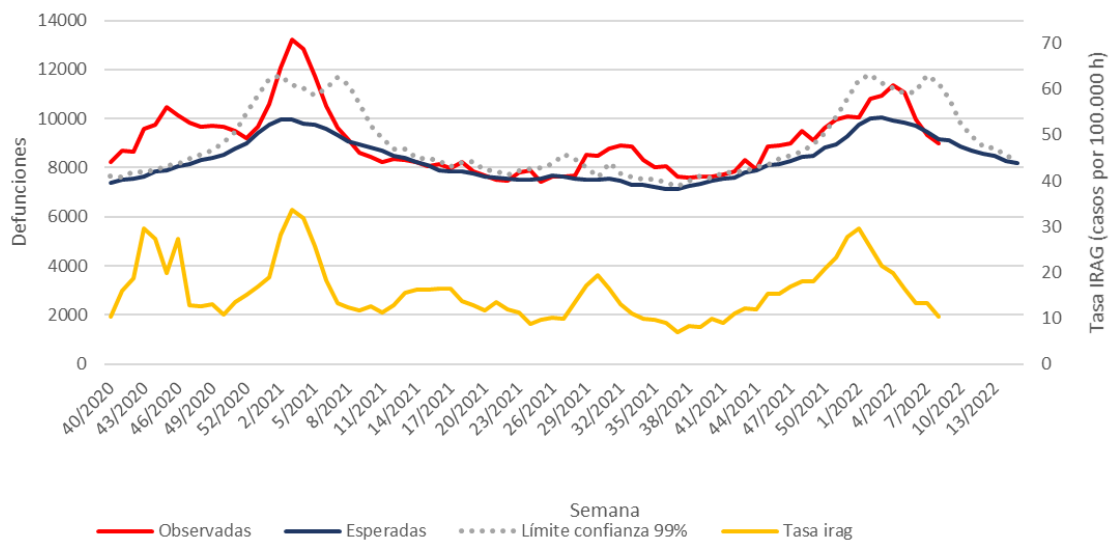
Figura 9. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22. España



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. Desde el inicio de la temporada 2021-22 hasta la semana 8/2022 se han producido 12.266 excesos de defunciones por todas las causas (Figura 10).

Figura 10. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. España, semanas 40/2020 hasta 08/2022

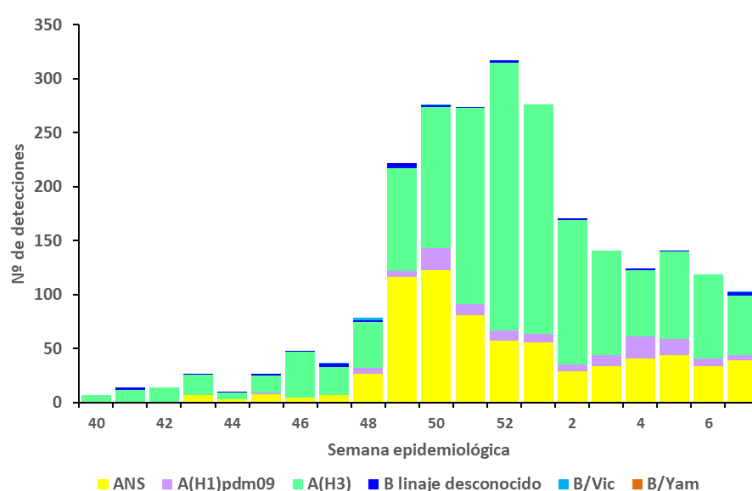


Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Situación en Europa

ECDC indica que el 9% (6% en la semana previa) de las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa en la semana 07/2022 han resultado ser positivas (103 de 1.102). El 96% fueron tipo A. De las 60 muestras tipo A subtipadas, el 92% fueron A(H3) (Figura 10). En lo que va de temporada, de 35.205 muestras centinelas analizadas, 2.427 (7%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 99% fueron virus tipo A, y el 1% tipo B. De los 1.683 virus tipo A subtipados hasta ahora, 93% fueron A(H3) y 7% A(H1N1)pdm09. Los 6 virus tipo B adscritos a linaje hasta el momento eran B/Victoria.

Figura 11. Detecciones de gripe de muestras centinela.
Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC. Temporada 2021-22



* Figura: CNE/ISCIII; Fuente de datos: Flu News Europe, Joint ECDC-WHO for Europe weekly influenza update.

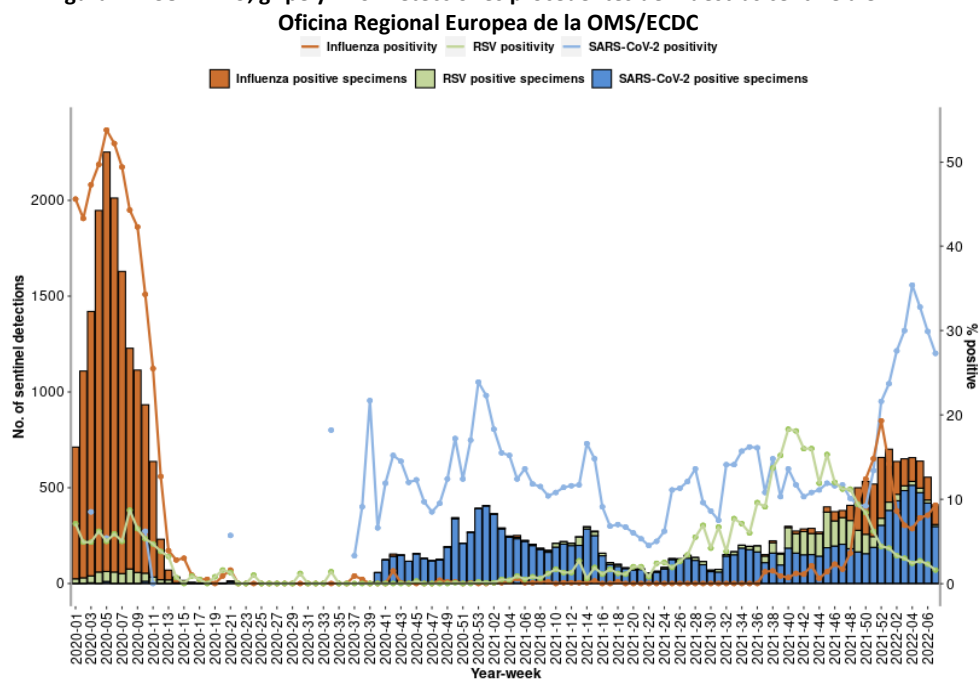
En la semana 07/2022 se han analizado 79.537 muestras no centinela, de las que 1.792 han sido positivas: 99% tipo A y 1% B. De los 343 virus tipo A subtipados, el 93% fueron A(H3). Uno de los virus tipo B detectados fue adscrito al linaje B/Victoria. En lo que va de temporada, en muestras no centinela, en Europa se han detectado más virus tipo A (96%) que tipo B (4%). El 94% de los virus tipo A subtipados fueron A(H3), y de los 10 virus tipo B adscritos a linaje, todos fueron B/Victoria.

En la semana 07/2022 se han notificado un total de 2.856 infecciones respiratorias agudas graves desde 14 países europeos. De esos casos, 331 muestras fueron testadas para gripe, siendo positivas 5 (2%). Todas ellas fueron tipo A. Desde el inicio de la temporada, el virus tipo A ha sido el más frecuente (99%) entre las detecciones de virus de la gripe en infecciones respiratorias agudas graves. El 99,9% de los virus tipo A subtipados fueron H3.

Para más información consultar [ECDC](#)

En la Figura 12 se muestran el número de detecciones y porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, virus de la gripe y VRS en muestras centinela procedentes de Atención Primaria en personas con síndromes gripales o infecciones respiratorias agudas, por semana epidemiológica, en la Región Europea de la OMS, durante el último año. En la última semana disponible, 07/2022, 28 países notificaron un total de 1.138 test realizados para SARS-CoV-2, con 305 detecciones (27%). Más información en [ECDC-WHO](#)

Figura 12. COVID-19, gripe y VRS. Detecciones procedentes de muestras centinela en AP.



1-RSV: Respiratory Syncytial Virus

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

Desde la última actualización no se han notificado a la OMS casos nuevos de gripe A(H5N1).

El 6 de enero de 2022, la Agencia de Seguridad Sanitaria del Reino Unido (UKHSA) notificó un caso humano confirmado de gripe aviar A(H5N1) en el suroeste de Inglaterra. Se trata de un varón de 70 años que ha permanecido asintomático durante el período de aislamiento y con resultado negativo al final del mismo. El caso se detectó después de que la Agencia de Salud Animal y Vegetal (APHA) identificara un brote por H5N1 en aves. La infección humana fue identificada a través del screening de rutina que se realiza en cualquier persona que tenga contacto cercano con aves infectadas. Esta persona estuvo en contacto muy cercano y continuado con una gran cantidad de aves infectadas. Todos los contactos del caso, incluidas las personas que visitaron las instalaciones, fueron testados y no hay evidencia de transmisión posterior. El Reino Unido ha visto recientemente una gran cantidad de brotes de gripe aviar con la cepa H5N1 en aves en todo el país. Este es el primer caso humano confirmado de gripe A(H5N1) que se notifica en Europa. La evidencia epidemiológica y virológica actual sugiere que los virus A(H5N1) no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos, por lo que la probabilidad de transmisión sostenida de persona a persona es baja.

Desde enero del 2003 hasta el 19 de febrero de 2022 se han identificado 863 infecciones humanas por A(H5N1) y 456 defunciones (CRF de 53%), notificadas por 19 países. Los casos humanos relacionados con el virus de la gripe aviar A(H5N1) podrían ocurrir en regiones donde A(H5N1) es endémico en la población avícola [Asia, África y Medio Oriente, según los informes recibidos por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE)]. Como se ha mencionado, la evidencia epidemiológica y virológica actual sugiere que los virus A(H5N1) no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos, por lo que la probabilidad de transmisión sostenida de persona a persona es baja. El riesgo de transmisión de la influenza zoonótica al público en general en los países de la UE / EEE se considera muy bajo. El contacto directo con aves infectadas o un ambiente contaminado es la fuente más probable de infección y el uso de medidas de protección personal para las personas expuestas a aves muertas o sus excrementos minimizará el riesgo restante.

Desde la última actualización, se han notificado a la OMS de la región del Pacífico Oeste 4 nuevos casos de gripe A(H5N6). Desde el año 2014 hasta el 19 de febrero de 2022, dos países, Laos y China, han notificado 72 casos de infección por virus de la gripe aviar A(H5N6), de los cuales, 30 han fallecido (CFR de 42%). El último caso se notificó el 17 de febrero de 2022. Todos los casos tuvieron exposición a aves de corral vivas o mercados de aves de corral vivas, excepto en cinco casos en los que no se informó la fuente de exposición. No se ha informado de agrupaciones de casos.

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

El 20 de febrero de 2021, los medios informaron de la primera detección del virus de la gripe aviar A(H5N8) confirmada en humanos en la región de Astracán, Rusia. Los siete casos trabajaban en una granja avícola y se infectaron en diciembre de 2020 durante un brote de A(H5N8) en aves de corral en esa granja. Todos los casos humanos presentaron síntomas leves. Hasta el momento, no se ha informado de ninguna evidencia de transmisión de persona a persona. Esta es la primera evidencia documentada donde el virus A(H5N8) se han transmitido a humanos. Se necesita más información para comprender mejor la relevancia de este evento. Los virus A (H5N8) han estado circulando en aves silvestres y han causado brotes en explotaciones avícolas de toda Europa desde 2014.

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

Desde la última actualización, no se han notificado a la OMS casos nuevos de gripe A(H7N9). Desde febrero de 2013, y hasta el 19 de febrero de 2022 se han notificado un total de 1.568 casos humanos confirmados por el virus de la gripe aviar A(H7N9), incluyendo al menos 616 defunciones (CFR 39%). Todos fueron notificados en 7 olas entre 2013 y septiembre de 2019. El último caso notificado data del 5 de abril de 2019.

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

Desde la última actualización, y hasta el 17 de febrero de 2022 no se han notificado a la OMS nuevos casos de gripe A(H9N2). Desde 1998, se han notificado un total de 107 casos confirmados de infección humana por virus de la gripe aviar A(H9N2), incluidas dos muertes (ambos con patología subyacente). La mayoría de los casos han sido notificados por China (95), Egipto (4), Bangladesh (3), Omán (1), Pakistán (1), India (1), Senegal (1) y Camboya (1). La infección humana por virus de la gripe aviar A(H9N2) sigue siendo rara, y no se ha informado de transmisión sostenida de persona a persona. En la mayoría de los casos se ha notificado la exposición a aves de corral vivas o sacrificadas, o a un medio ambiente contaminado. El grupo de edad más afectado por las infecciones por A(H9N2) en humanos fue el de los niños menores de 10 años de edad, los cuales desarrollaron sólo síntomas leves. En Europa, hasta la fecha, no se han registrado casos humanos por virus A(H9N2). Los virus de la gripe aviar A(H9N2) son enzoóticos en las aves de corral en Asia y se notifican cada vez más en las aves de corral en África.

Infección humana por virus variantes de la gripe A

En febrero de 2022 se notificó un caso humano de infección por el virus de la gripe porcina A(H1N2)v en California, EE.UU. Se trata de un paciente adulto que se recuperó completamente, con antecedente documentado de exposición a cerdos. No se ha establecido transmisión de persona a persona asociada con este caso.

Previamente, el 29 de enero de 2022 el Statens Serum Institute (SSI) de Dinamarca informó sobre un caso humano de infección por el virus de la gripe porcina A(H1N1)v. Se trata de un trabajador de un matadero, lugar probable de infección con este virus, previamente detectado en cerdos. No se ha detectado casos adicionales, y de acuerdo con la valoración del SSI, no existe riesgo de transmisión de humano a humano.

A nivel global, en 2021 se notificaron 37 casos de infección humana por virus de la variante de la gripe porcina (incluidos los casos históricos con fecha de inicio en 2020), de los cuales cinco casos se notificaron en países de la UE/EEE: Austria, Dinamarca, Alemania y Francia. De los casos notificados, 24 fueron con A(H1N1v) en Canadá, China, Dinamarca, Alemania y EE.UU.; diez casos con A(H1N2)v en Austria, Canadá, China, Francia y los Estados Unidos; y cuatro casos de A(H3N2)v en Canadá y EE. UU. Según los CDC, en EE.UU. se registraron 14 casos notificados en la temporada 2020-2021 y tres en la temporada 2021-2022.

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](#)

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS)

Desde abril de 2012, y hasta el 31 de enero de 2022, 27 países han notificado a la OMS 2.600 casos de MERS-CoV, incluidas 943 muertes. En Europa, ocho países han notificados casos confirmados, todos ellos con conexión directa o indirecta con el Medio Oriente. La fuente del virus sigue siendo desconocida, pero el patrón de transmisión y los estudios virológicos apuntan hacia los dromedarios del Medio Oriente como un reservorio del cual los humanos se infectan esporádicamente a través de la transmisión zoonótica. La transmisión de persona a persona se amplifica entre los contactos domiciliarios y en entornos de atención médica. 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 registra el episodio. Se tomará muestras respiratorias a una selección sistemática de pacientes en los que diagnosticará gripe y COVID-19 y se recogerá información clínica y epidemiológica.

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

A partir de la información obtenida se estimarán una serie de indicadores para COVID-19 y gripe, como la incidencia de casos de IRA, el porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 y a gripe, todo ello por sexo y edad, tanto a nivel nacional como por CCAA. También la caracterización epidemiológica y clínica de los casos confirmados de COVID-19 y gripe, así como la caracterización genética de los virus SARS-CoV-2 y gripe circulantes en España por área geográfica.

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

El ECDC recomienda que se implementen sistemas de vigilancia de hospitalizaciones con IRAG con el objetivo de monitorizar la intensidad y el impacto de las formas graves de COVID-19, el nivel de transmisión comunitaria y la aparición de brotes nosocomiales en hospitales^{3,4}. 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

³ 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)

⁴ 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>

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.

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 [ISCIH](#) 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, ISCIH). 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 ([ISCIH](#)).

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 08/2022. Nº 69. 3 de marzo de 2022.