

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

Semana 02/2022 (del 10 al 16 de enero 2022)

Nº 63. 20 de enero de 2022

Estabilidad en las tasas de IRAS en Atención Primaria y fluctuaciones a la baja en las tasas de IRAG en hospitales

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 02/2022 la tasa global de **IRAS** se sitúa en 1.613 casos por 100.000 h, similar a la de la semana previa. Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia se observan en los menores de 15 años (2.490 casos/100.000 h en el grupo de 5-14 años). Esta semana se han notificado 1.575 detecciones de SARS-CoV-2 y una de virus de la gripe (A no subtipado). Además, se ha notificado una detección de VRS entre las 41 muestras analizadas para VRS (2%). Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han notificado 6.507 detecciones de SARS-CoV-2 y 27 de gripe [19 virus A(H3N2), 3 virus A no subtipado y 5 virus tipo C].
- En la semana 02/2022 la tasa global de **IRAG** desciende a 23,8 casos por 100.000 h, frente a 28,0 casos por 100.000 h la semana pasada. Las mayores tasas de incidencia continúan observándose en el grupo de mayores de 79 años (152 casos /100.000 h), seguido del grupo de 65 a 79 años (46 casos /100.000 h). De las 161 muestras centinelas analizadas esta semana en la vigilancia de IRAG, 113 (70%) han sido positivas a SARS-CoV-2 y ninguna para gripe. Se han notificado 5 detecciones de VRS entre los casos de IRAG notificados, siendo 4 (80%) menores de 5 años. Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han analizado 2.038 muestras centinela en la vigilancia de IRAG, con 661 (32%) detecciones de SARS-CoV-2 y 15 (0,9%) de virus de la gripe [11 A no subtipado, 3 A(H3N2) y uno tipo B].
- En la **vigilancia virológica no centinela de la gripe**, esta semana se han notificado 35 detecciones de virus de la gripe procedentes de muestras no centinela 34 tipo A [18 ANS y 16 A(H3)], y una tipo B. Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han notificado 1.053 detecciones de virus de la gripe procedentes de muestras no centinela: 1.012 tipo A [817 ANS, 191 A(H3)] y 4 A(H1N1)pdm09, 29 virus tipo B y 12 tipo C.
- Basándose en **estudios genéticos** realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado 115 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 ha caracterizado también 1 virus A(H1N1), del 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/Austria/1359417/2021, 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.
- En la semana 02/2022 se han notificado 101 detecciones no centinela de **VRS**, descendiendo el porcentaje de positividad hasta el 5%.
- 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 7.516 excesos de defunciones por todas las causas
- **En Europa**, ECDC indica que el 5% de las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en la semana 01/2022 han resultado ser positivas (121 de 2.576). El 100% fueron tipo A. De las 115 muestras tipo A subtipadas, el 96% fueron A(H3). En lo que va de temporada, de 33.345 muestras centinelas analizadas, 1.428 (4%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 98% fueron virus tipo A, con un 94% 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

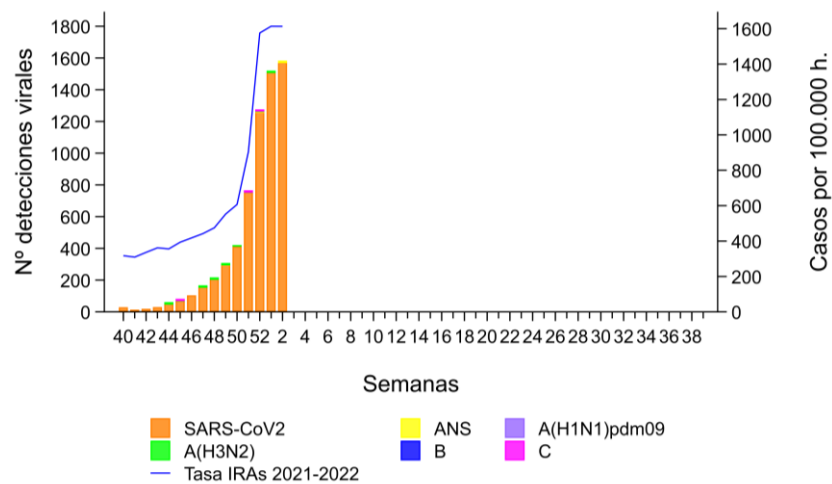
Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda (IRAs) en Atención Primaria

Al inicio de la temporada 2021-22, Andalucía, Cataluña, Melilla y La Rioja han notificado al SVGE información sobre IRAs en Atención Primaria. Extremadura notifica desde la semana 51/2021. Se observa bastante heterogeneidad entre las tasas de IRAs de las diferentes CCAA, que valoramos como plausible mientras se consolida cada sistema de vigilancia.

La tasa global en la semana 02/2022* se sitúa en 1.613 casos de IRAs por 100.000 habitantes, similar a la de la semana previa (1.614 casos por 100.000 habitantes; Razón de tasas: 1,00; IC95%: 0,95 – 1,07) (Figura 1).

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

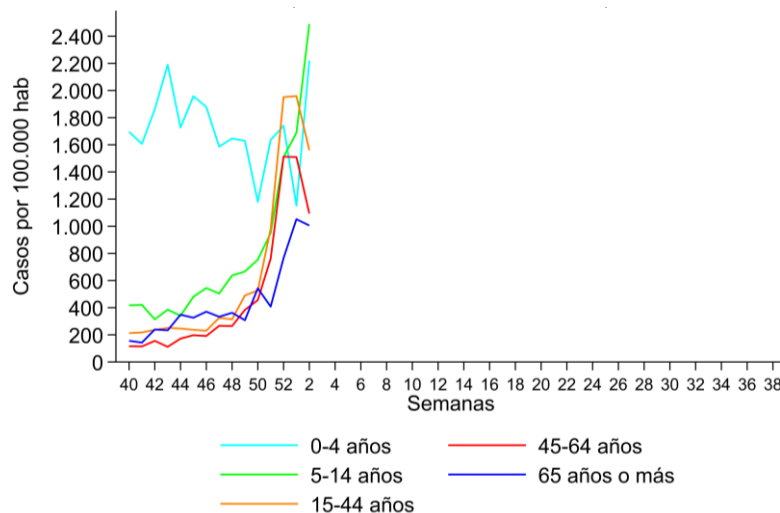
Figura 1. Tasas de incidencia semanal de IRAs y nº de detecciones SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2021-22. España



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

Por grupos de edad, esta semana, las mayores tasas de incidencia se observan en los menores de 15 años (2.219 casos/100.000 h en el grupo de 0 a 4 años, y 2.490 casos/100.000h en el grupo de 5 a 14 años), grupos en los que ascienden de forma significativa respecto a la semana previa. En el resto de grupos se observa un descenso de las tasas, estadísticamente significativo en los grupos de 15 a 44 y de 45 a 64 años (Figura 2).

Figura 2. Tasas de incidencia semanal de IRAs por grupo de edad. Sistema centinela. Temporada 2021-22. España



Esta semana se han notificado 1.575 detecciones de SARS-CoV-2 y una de virus de la gripe [A, no subtipado]. Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han notificado 6.507 detecciones de SARS-CoV-2 y 27 de gripe [19 virus A(H3N2), 3 virus A no subtipado y 5 virus tipo C].

Esta semana se han notificado una detección de VRS entre las 41 muestras analizadas para VRS (2%). Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han notificado 69 detecciones de VRS entre las 636 muestras analizadas (11%).

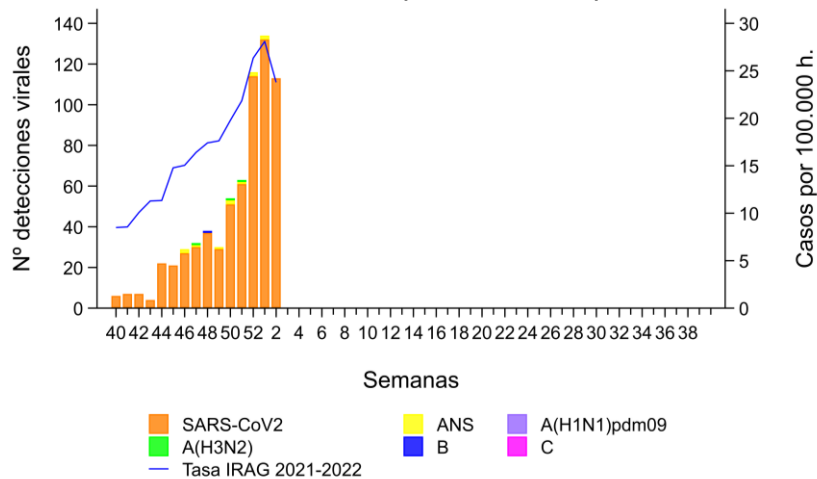
Vigilancia centinela de Infección respiratoria aguda grave (IRAG) en hospitales

Al inicio de la temporada 2021-22, Andalucía, Aragón, Baleares, Castilla y León, Cataluña, Galicia, Madrid, Murcia y La Rioja han notificado al SVGE información sobre IRAG. Se observa cierta heterogeneidad entre las tasas de IRAG de las diferentes CCAA, que valoramos como normal dentro de la dinámica de consolidación de cada sistema de vigilancia.

En la semana 02/2022* la tasa global de IRAG desciende a 23,8 casos por 100.000 habitantes (28,0 por 100.000 h en la semana previa; Razón de tasas: 0,84; IC 95%: 0,77 – 0,91) (Figura 3).

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

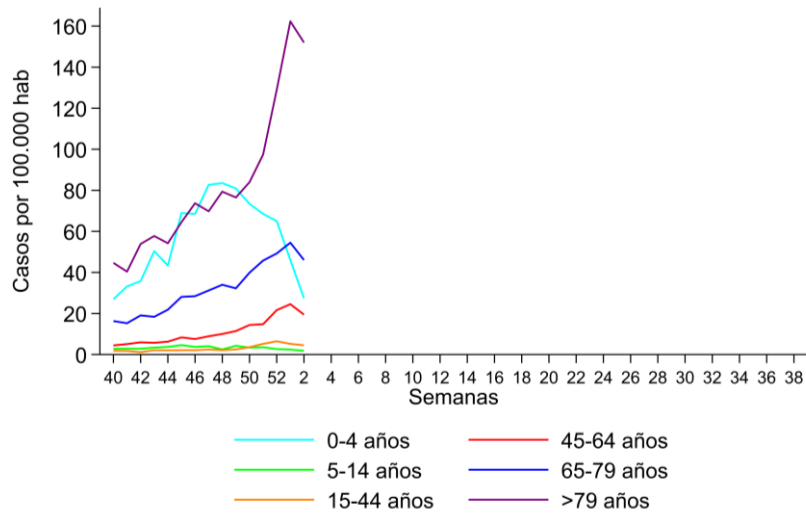
Figura 3. Tasas de incidencia semanal de IRAG y nº de detecciones SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2021-22. España



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

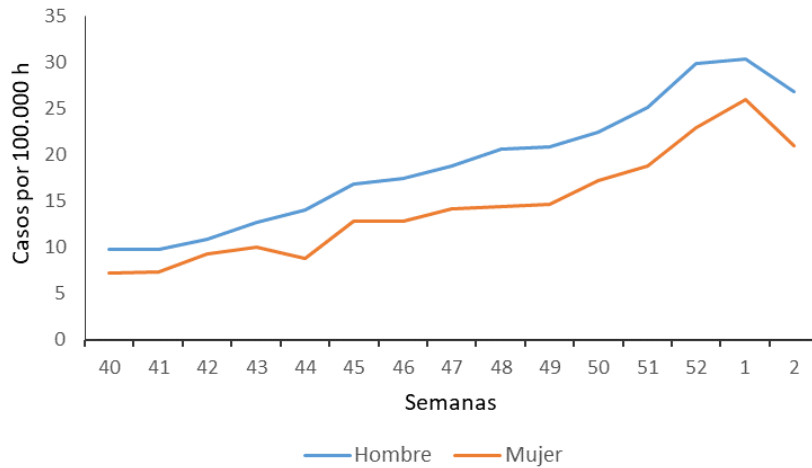
Por grupos de edad, las mayores tasas de incidencia esta semana continúan observándose en el grupo de mayores de 79 años (152 casos /100.000 h), seguido del grupo de 65 a 79 años (46 casos /100.000 h) (Figura 4). Se observa un descenso de las tasas en todos los grupos de edad, siendo estadísticamente significativo en el grupo de 0-4 y 45-64 años.

Figura 4. Tasas de incidencia semanal de IRAG por grupo de edad. Sistema centinela. Temporada 2021-22. España



Por sexo, las tasas de incidencia descienden tanto en hombres como en mujeres, y continúan siendo superiores en hombres: 27 casos/100.000 h vs 21 casos/100.000 h.

Figura 5. Tasas de incidencia semanal de IRAG por sexo. Vigilancia de IRAG. Sistema centinela. Temporada 2021-22. España

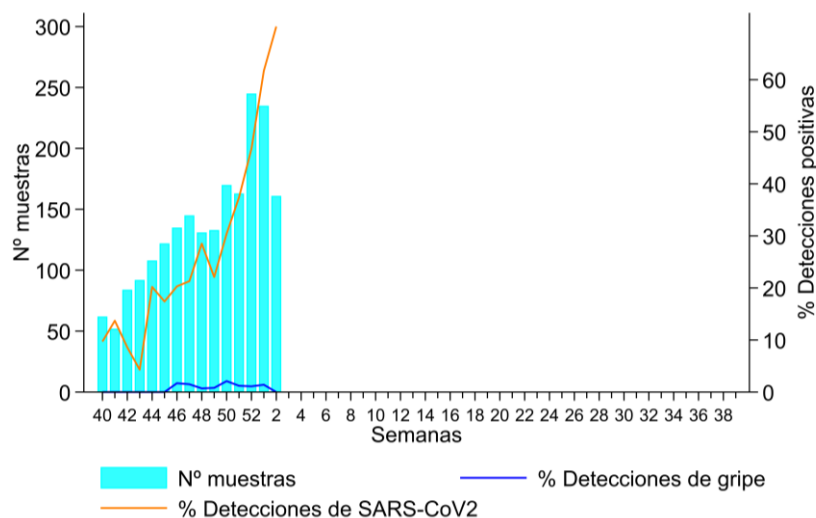


De las 161* muestras centinelas analizadas esta semana en la vigilancia de IRAG, 113 (70%) han sido positivas a SARS-CoV-2 y ninguna para gripe.

Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han analizado 2.038 muestras centinela en la vigilancia de IRAG, con 661 (32%) detecciones de SARS-CoV-2 y 15 (0,9%) de virus de la gripe [11 A no subtipado, 3 A(H3N2) y uno tipo B] (Figura 6).

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

Figura 6. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2021-22. España



Esta semana se han notificado 5 detecciones de VRS entre los casos de IRAG notificados, siendo 4 (80%) menores de 5 años. Desde el inicio de la temporada 2021-22 se han notificado 201 detecciones de VRS entre los casos de IRAG notificados, siendo 164 (81%) menores de 5 años.

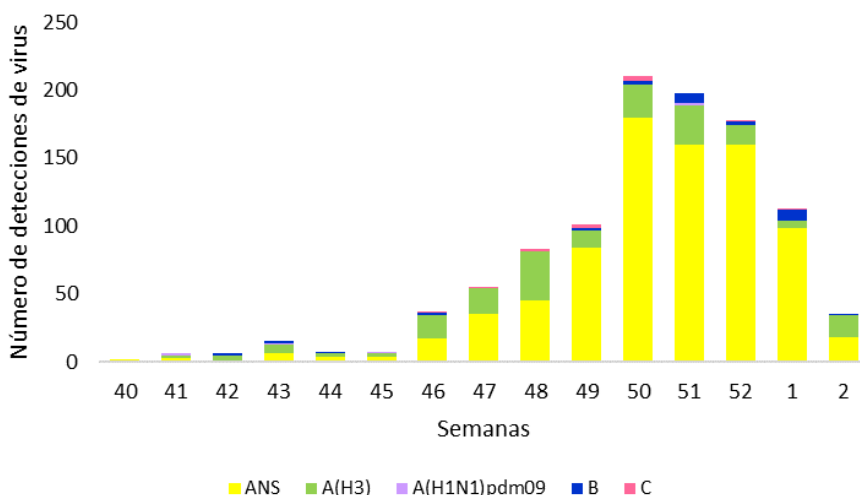
Vigilancia virológica no centinela de la gripe

En la semana 01/2022, se han notificado 35* detecciones de virus de la gripe procedentes de muestras no centinela, 34 tipo A [18 ANS y 16 A(H3)], y una tipo B.

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 1.053 detecciones de virus de la gripe procedentes de muestras no centinela: 1.012 tipo A [817 ANS, 191 A(H3) y 4 A(H1N1)pdm09], 29 virus tipo B y 12 tipo C (Figura 7).

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

Figura 7. 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 115 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 ha caracterizado también 1 virus A(H1N1), del 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.

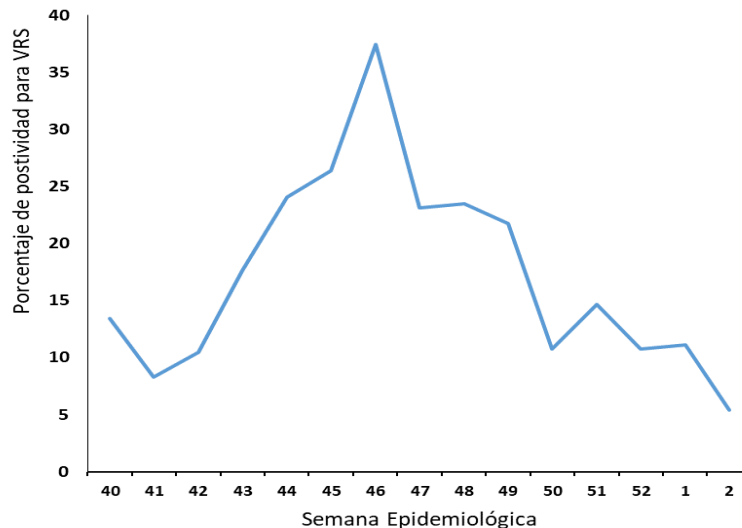
El análisis de la susceptibilidad a antivirales frente a gripe en 26 de los virus AH3 no ha evidenciado la identificación de mutaciones asociadas con resistencia a oseltamivir, zanamivir o baloxavir, sin embargo, se ha detectado en todos ellos la presencia de las mutaciones S31N o S31D, asociadas con resistencia a los adamantanos.

Vigilancia no centinela del virus respiratorio sincitial (VRS)

En la semana 01/2022 se han notificado 101 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Canarias, Castilla La Mancha, Galicia y Murcia*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, desciende al 5% (Figura 8).

*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 8. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22. España



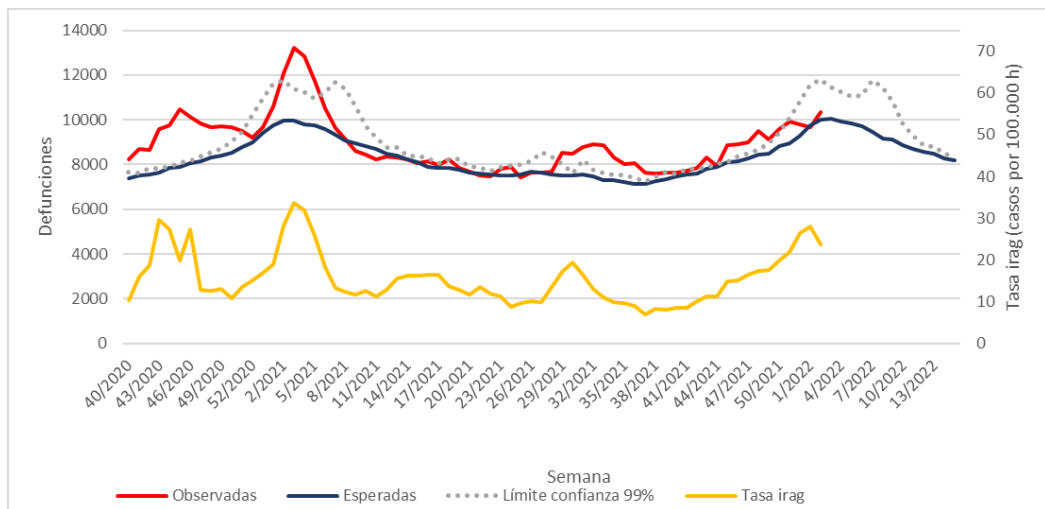
Excesos de mortalidad por todas las causas

El Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) en España, utiliza la información de mortalidad por todas las causas que se obtiene diariamente de 3.999 registros civiles informatizados del Ministerio de Justicia, correspondientes al 93% de la población española y que incluye todas las provincias. Las estimaciones de mortalidad esperada se realizan mediante modelos restrictivos de medias históricas basados en la mortalidad observada de los últimos 10 años. Las defunciones observadas en los últimos 28 días se corrigen por el retraso en la notificación, teniendo en cuenta tres factores: el número de defunciones notificadas diariamente, la distribución de defunciones notificadas diariamente y del número promedio de fallecidos por día, aplicando una regularización a la estimación

por máxima verosimilitud. Las cifras de mortalidad observada, estimada y sus excesos están extrapoladas a toda la población utilizando las tasas de notificación.

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 se han producido 7.516 excesos de defunciones por todas las causas (Figura 9).

Figura 9. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. España, semanas 40/2020 hasta 02/2022

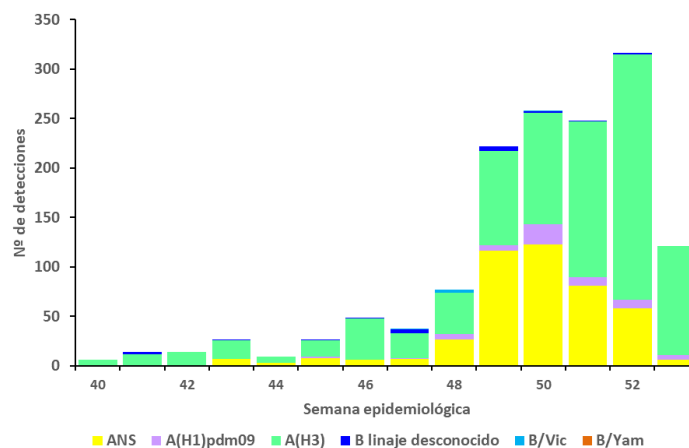


Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Situación en Europa

ECDC indica que el 5% de las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa en la semana 01/2022 han resultado ser positivas (121 de 2.576). El 100% fueron tipo A. De las 115 muestras tipo A subtipadas, el 96% fueron A(H3) (Figura 10). En lo que va de temporada, de 33.345 muestras centinelas analizadas, 1.428 (4%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 98% fueron virus tipo A, y el 2% tipo B. De los 962 virus tipo A subtipados hasta ahora, 94% fueron A(H3) y 6% A(H1N1)pdm09. Los 5 virus tipo B adscritos a linaje hasta el momento eran B/Victoria.

Figura 10. 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.

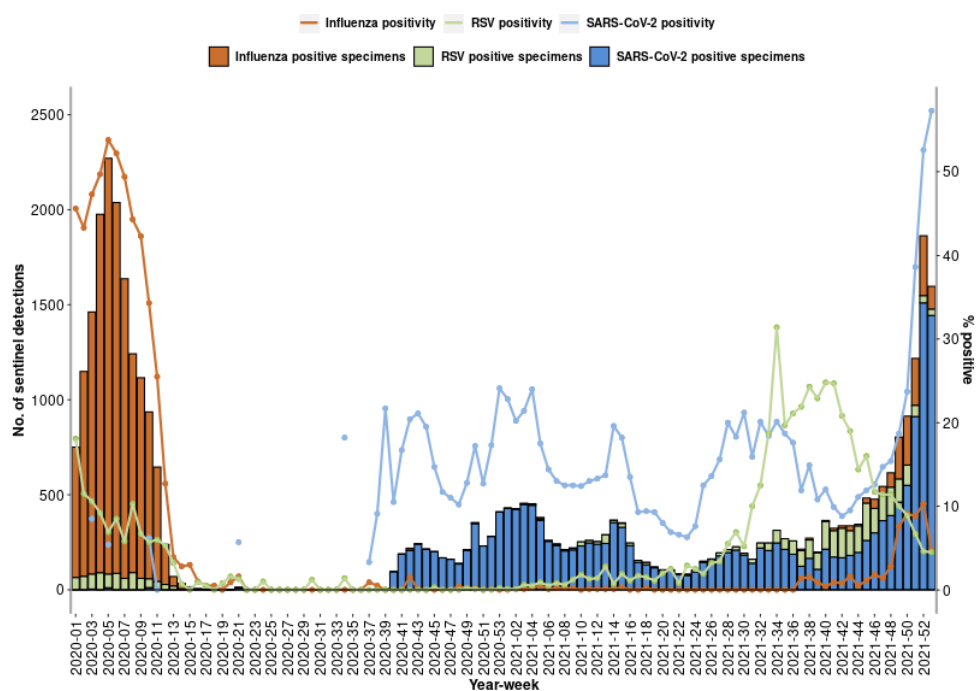
En la semana 01/2022 se han analizado 95.761 muestras no centinela, de las que 2.364 han sido positivas: 99% tipo A y 1% B. De los 658 virus tipo A subtipados, el 94% fueron A(H3). Ninguno de los virus tipo B detectados fueron adscritos a linaje. En lo que va de temporada, en muestras no centinela, en Europa se han detectado más virus tipo A (96%) que tipo B (4%). El 95% de los virus tipo A subtipados fueron A(H3), y de los 8 virus tipo B adscritos a linaje, 7 fueron B/Victoria y uno B/Yamagata.

En la semana 01/2022 se han notificado un total de 3.284 infecciones respiratorias agudas graves desde 11 países europeos. De esos casos, 377 muestras fueron testadas para gripe, siendo positivas 40 (11%). El 98% de 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 99,8% de los virus tipo A subtipados fueron H3.

Para más información consultar [ECDC](#)

En la Figura 11 se muestran el número de detecciones y porcentaje de positividad para SARS-CoV-2, virus de la gripe y VRS en muestras centinela precedentes 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, 01/2022, 31 países notificaron un total de 2.519 test realizados y 1.444 detecciones (57%) para SARS-CoV-2. Más información en [ECDC-WHO](#)

Figura 11. COVID-19, gripe y VRS. Detecciones procedentes de muestras centinela en AP. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC



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 tipo A, H5 en el suroeste de Inglaterra. Dicha agencia informa que "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. Todas las aves infectadas han sido sacrificadas". El posterior análisis de laboratorio confirmó que el virus es del subtipo "H5" que se encuentra en las aves. Posteriormente ha sido ya identificado como A(H5N1). El caso 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, han sido testados y no hay evidencia de transmisión posterior. 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 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 15 de enero 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 cinco nuevos casos humanos de gripe A(H5N6), procedentes de las provincias chinas de Sichuan, Zhejiang y la Región Autónoma de Guangxi Zhuang. Desde el año 2014 hasta el 15 de enero de 2022, dos países, Laos (1) y China (63), han notificado 64 casos de infección por virus de la gripe aviar A(H5N6), de los cuales, 26 han fallecido (CFR de 51%). El último caso se notificó el 13 de enero 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://www.chp.gov.hk/en/avian-influenza-report)

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.

Infeción 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 13 de enero 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.

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

Desde la última actualización, se han notificado a la OMS 4 casos nuevos de gripe A(H9N2) procedentes de China, dos desde la provincia de Hubei, otro desde la provincia de Jiangsu y un cuarto desde la provincia de Guangxi. Todos eran casos leves, y recuperados en el momento de la notificación. Los cuatro tenían antecedente de exposición a aves de corral, y no había ningún link epidemiológico entre los cuatro. Tampoco más casos humanos a su alrededor. Desde 1998, se han notificado un total de 99 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 (87), 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.

Infeción humana por virus variantes de la gripe A

En 2021, en la EU/EEA se notificaron 4 casos de infección por gripe porcina: dos A(H1N1)v, en Alemania y Dinamarca, y dos casos con A(H1N2)v, en Austria y Francia.

En diciembre de 2021 un nuevo caso humano de gripe A(H1N2)v fue notificado en un adulto en Manitoba, Canadá. A nivel mundial, en 2021 se notificaron 34 casos de infecciones por virus variantes de la gripe porcina (incluidos los

casos históricos con fecha de inicio de síntomas en 2020). De los casos notificados, 23 con A(H1N1)v en Canadá, China, Dinamarca, Alemania y Estados Unidos; nueve casos con A(H1N2)v en Austria, Canadá, China, Francia y Estados Unidos; y tres casos de A(H3N2)v en Canadá y Estados Unidos.

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 enero de 2012 al 6 de diciembre de 2021, 14 casos han sido notificados por Arabia Saudí (13) y Emiratos Árabes Unidos (1), incluidas 5 muertes. En Arabia Saudí, todos eran casos primarios, y nueve tenían registrado contacto con camellos. Desde abril de 2012 al 6 de diciembre de 2021, 27 países han notificado a la OMS 2.595 casos de MERS-CoV, incluidas 941 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 aquéllas CCAA que no puedan realizar ya el cambio de los antiguos sistemas de vigilancia de la gripe a los nuevos de vigilancia de IRAs/IRAG, y durante este período de transición, podrían notificar a los siguientes sistemas:

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Entre los objetivos específicos de esta vigilancia podemos citar:

- Monitorizar la evolución de la incidencia de IRAG.

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

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

- 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.

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 [ISCI](#). 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.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/situacionActual.htm>
- European Centre for Disease Prevention and Control. COVID-19 pandemic.
<https://www.ecdc.europa.eu/en/covid-19-pandemic>
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO): Coronavirus disease (COVID-19) Weekly Epidemiological Update and Weekly Operational Update
<https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports>
- Flu News Europe (Joint ECDC-WHO/Europe weekly influenza update):
<http://www.flunewseurope.org/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO): Global Influenza Programme
<https://www.who.int/teams/global-influenza-programme/surveillance-and-monitoring/influenza-updates>
- Public Health England (PHE):
<http://www.hpa.org.uk/Topics/InfectiousDiseases/InfectionsAZ/SeasonalInfluenza/>
- Fluview (Centers for Diseases Control and Prevention -CDC-):
<http://www.cdc.gov/flu/weekly/>
- Fluwatch (Public Health Agency of Canada):
<http://www.phac-aspc.gc.ca/influenza/>
- Australian Government – Department of Health: Australian influenza surveillance report
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm>
- New Zealand Ministry of Health: Public health surveillance
<https://surv.esr.cri.nz/virology/virology.php>

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

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

En la elaboración de este Informe ha participado el Grupo de Vigilancia de Gripe y otros virus respiratorios, el Grupo de Monitorización de la Mortalidad Diaria del Área de Vigilancia de la Salud Pública del Centro Nacional de Epidemiología (Instituto de Salud Carlos III) y el Laboratorio de gripe y virus respiratorios del Centro Nacional de Microbiología (Instituto de Salud Carlos III). Este informe es el resultado del trabajo de todos los integrantes del Sistema de Vigilancia de la Gripe en España (SVGE): médicos centinela, epidemiólogos de las redes centinela, virólogos de los laboratorios integrados en el SVGE y laboratorios asociados, profesionales de los hospitales participantes en la vigilancia de los casos graves hospitalizados confirmados de gripe, responsables epidemiológicos y virológicos de cada red y coordinadores epidemiológicos y virológicos del SVGE (CNE y CNM, ISCI). Cualquier pregunta relacionada con este informe debe dirigirse a: GRIPE-OVR@isciii.es Este informe se puede consultar en la página del [SVGE](#) y en la página del Instituto de Salud Carlos III ([ISCI](#)).

Cita sugerida: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semana 02/2022. Nº 63. 20 de enero de 2022.