

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

Semana 13/2023 (del 27 de marzo al 2 de abril de 2023)

Nº 125. 5 de abril de 2023

**Continúa en descenso la segunda onda epidémica de gripe en Atención Primaria y hospitales. Fluctuaciones en las tasas de incidencia y hospitalización por COVID-19. Permanece estable el VRS 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 .....	5
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 .....	4
Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG .....	8
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.....	14
Sistemas y fuentes de información .....	17

### Resumen

- La tasa global de IRAs en la semana 13/2023 se sitúa en 500,6 casos de IRAs por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAs a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 8,4%, 14,4% y 0,7% respectivamente.
- **La tasa de gripe en Atención Primaria** describe una segunda onda estacional de gripe, en descenso, asociada a la circulación de virus de la gripe B. Las mayores tasas de gripe se observan en los menores de 15 años.
- **La tasa de COVID-19 en Atención Primaria** disminuye ligeramente desde la semana previa. Las mayores tasas de COVID-19 se observan en los menores de 5 años. Las variantes de SARS-CoV-2 que circulan en la actualidad en mayor proporción son, BQ.1 (32%), seguida de BQ.1.1 (24%).
- **La tasa de VRS en Atención Primaria** se mantiene estable desde la semana previa. Las mayores tasas de VRS se observan en los menores de 5 años.
- En la semana 13/2023 la tasa global de IRAG se sitúa en 12,9 casos por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAG a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 10,9%, 10,1% y 0%, respectivamente.
- Se estima una **tasa de hospitalización por gripe** de 1,3 casos hospitalizados por gripe por 100.000 habitantes, aumenta ligeramente desde la semana anterior. Por grupo de edad, las mayores tasas de hospitalización por gripe se han observado en el grupo de mayores de 79 años de edad.
- Se estima una **tasa de hospitalización por COVID-19** de 1,4 casos hospitalizados por COVID-19 por 100.000 habitantes, aumentando ligeramente desde la semana previa. Por grupo de edad, las mayores tasas de COVID-19 se han observado en los mayores de 79 años. La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción desde el inicio de la temporada 2022-23, entre los casos de SARS-CoV2 hospitalizados, es BQ.1 (29%), seguida de la BQ.1.1 (19%).
- Se estima una **tasa de hospitalización por VRS** de 0 casos por 100.000 h en todos los grupos de edad.
- 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.

## Vigilancia sindrómica

### IRAs en Atención Primaria

Al inicio de la temporada 2022-23, todas las CCAA han notificado información sobre IRAs. En la semana 13/2023 la tasa global es 500,6 casos de IRAs/100.000 h (554,2 casos/100.000 h. en la semana previa). Las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (1.986,6 casos/100.000 h). Por sexo, las tasas son superiores en mujeres que en hombres (562,6 vs 436,1 casos/100.000 h). La evolución de las tasas de IRAs por CCAA desde la semana 08/2023 se presenta en la tabla 1.

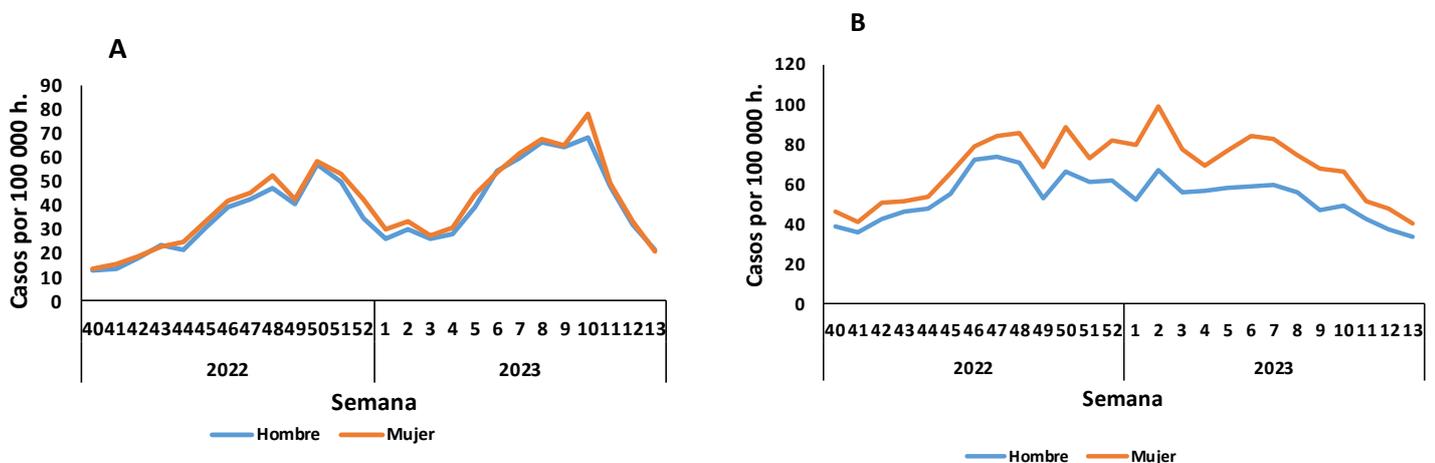
**Tabla 1. Evolución de las tasas de incidencia de IRAs por comunidad autónoma en las últimas seis semanas. Temporada 2022-23**

Comunidad Autónoma	Sem 08/2023	Sem 09/2023	Sem 10/2023	Sem 11/2023	Sem 12/2023	Sem 13/2023
Andalucía	497,1	379,9	458,4	392,3	367,9	337,1
Aragón	1128,9	1085,8	999,0	845,3	702,2	666,7
Asturias	695,2	759,4	783,5	719,9	659,7	563,6
Baleares	346,7	253,5	270,3	236,0	215,4	200,3
Canarias	839,9	955,8	925,8	898,7	862,3	791,5
Cantabria	823,2	748,9	833,1	805,0	774,6	660,1
Castilla-La Mancha	1263,2	1310,9	1332,2	1070,7	917,4	815,8
Castilla y León	862,5	931,6	955,1	796,9	654,8	497,4
Cataluña	874,1	745,0	749,0	566,5	520,3	449,6
C. Valenciana	1381,1	1308,9	1265,0	982,1	996,7	888,6
Extremadura	291,0	482,4	409,1	304,0	276,1	260,0
Galicia	257,1	281,3	300,4	265,9	229,5	202,2
Madrid	769,5	752,0	750,0	597,1	432,3	465,2
Murcia	913,9	911,7	902,4	783,6	694,8	582,6
Navarra	610,8	625,6	675,7	579,5	497,7	473,0
País Vasco	528,4	507,4	537,3	452,5	391,6	336,2
La Rioja	1120,2	801,0	1103,6	916,3	654,7	619,4
Ceuta	668,2	771,8	687,9	578,1	571,6	440,5
Melilla	1425,5	1526,4	1436,9	1202,4	1138,2	864,0
<b>Nacional</b>	<b>785,4</b>	<b>744,1</b>	<b>757,0</b>	<b>621,0</b>	<b>554,2</b>	<b>500,6</b>

\*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

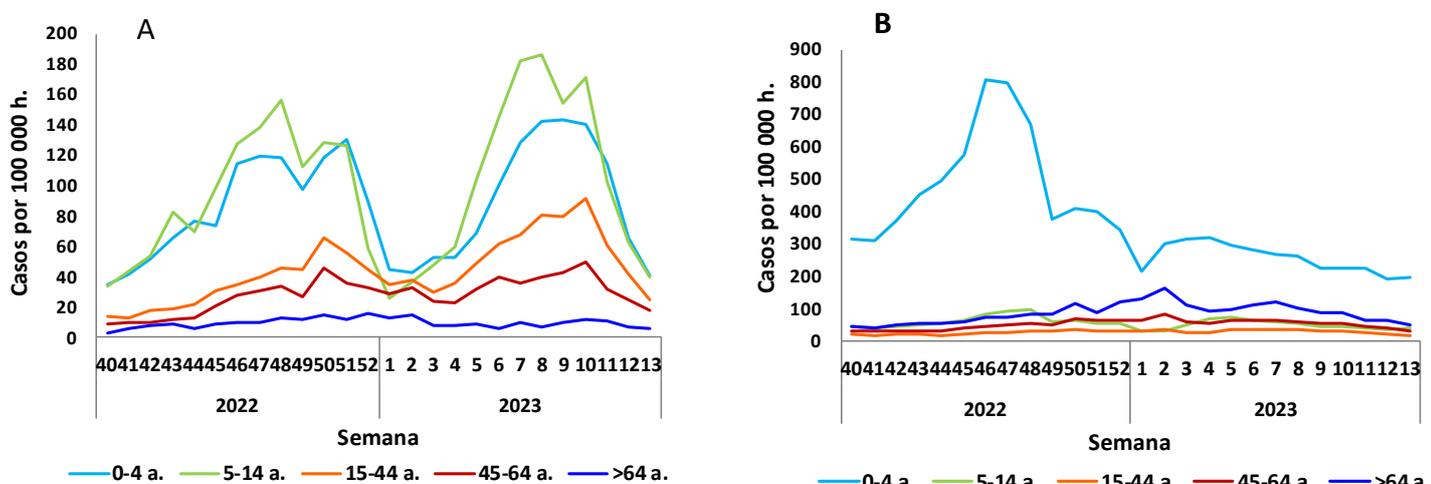
**Figura 1. Tasas de síndrome gripal (A) y Bronquiolitis/bronquitis agudas/IRA de tracto inferior/Infección pulmonar aguda (B) en Atención Primaria, por sexo. Temporada 2022-23**



(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 13/2023 la tasa global de IRAG es de 12,9 casos/100.000 h (14 casos/100.000 h en la semana previa). Las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (86,9 vs 93,7 casos/100.000 h en la semana previa). Por sexo, la incidencia es 13,5 y 12,2 casos/100.000 h en hombres y en mujeres, respectivamente. La evolución de las tasas de IRAG por CCAA desde la semana 08/2023 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 08/2023	Sem 09/2023	Sem 10/2023	Sem 11/2023	Sem 12/2023	Sem 13/2023
Andalucía	14,1	10,5	11,0	14,2	11,8	10,2
Aragón	14,0	11,5	12,4	10,2	10,6	11,7
Asturias	14,0	15,5	16,3	13,5	11,9	8,9
Baleares	19,0	21,7	15,6	17,7	18,3	17,8
Canarias	11,2	9,7	9,9	10,7	10,8	7,8
Cantabria	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	32,5	30,0	30,2	25,4	24,3	21,7
Castilla y León	25,7	15,7	16,9	12,6	15,4	13,6
Cataluña	8,5	10,5	12,0	11,8	13,2	12,5
C. Valenciana	20,0	16,1	21,7	20,5	17,7	14,3
Extremadura	31,2	33,6	27,9	28,6	20,3	23,1
Galicia	18,9	15,8	17,7	12,2	6,7	2,1
Madrid	21,2	21,1	18,7	15,5	13,8	16,5
Murcia	17,4	10,3	25,4	16,9	15,5	12,2
Navarra	-	-	-	-	-	-
País Vasco	21,0	14,6	21,8	16,8	12,1	13,8
La Rioja	14,5	6,6	19,2	20,4	17,4	13,6
Ceuta	6,0	4,7	9,9	7,0	3,6	-
Melilla	14,2	9,6	10,6	8,6	6,0	10,7
<b>Nacional</b>	<b>17,3</b>	<b>16,0</b>	<b>17,4</b>	<b>15,9</b>	<b>14,0</b>	<b>12,9</b>

\*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

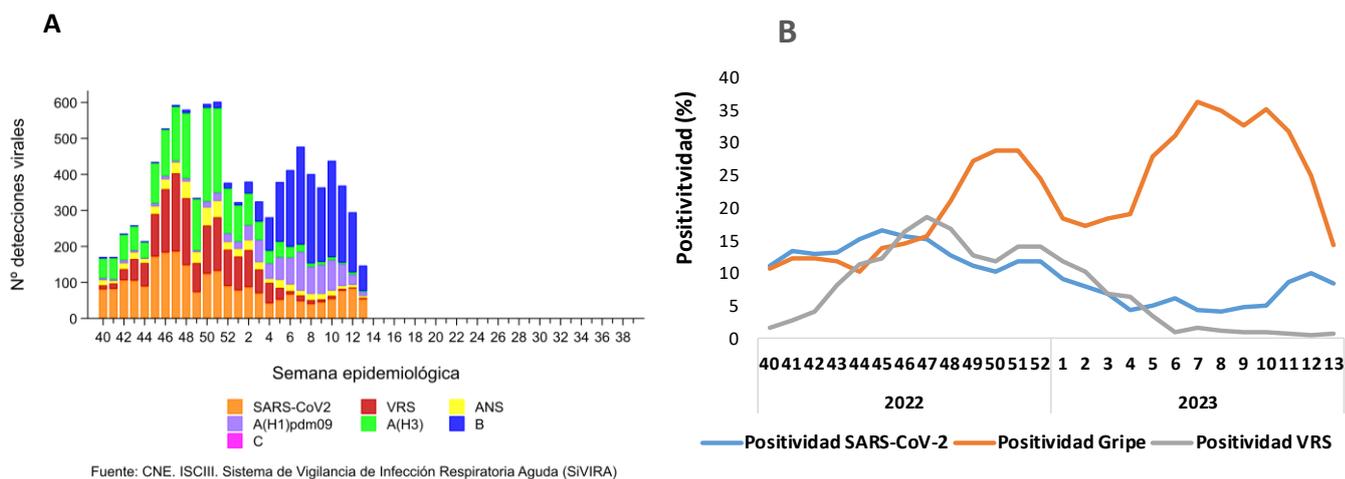
## Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS

### 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	629	53	8,4	24564	2367	9,6
Gripe	626	90	14,4	24535	5587	22,8
VRS	602	4	0,7	23137	1762	7,6

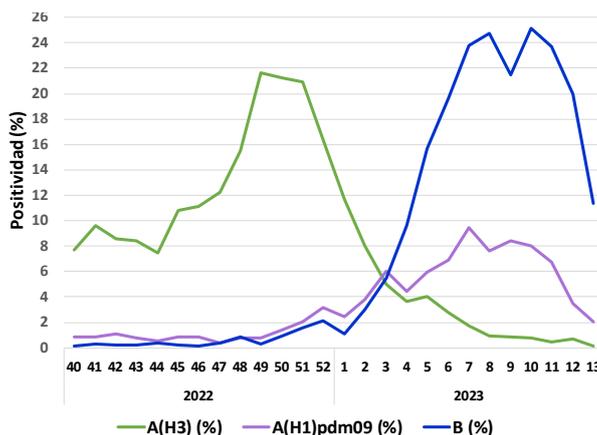
Figura 3. Detecciones semanales virales (A y porcentaje de positividad (B) a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en AP. Vigilancia centinela de IRAs. España, temporada 2022-23



La positividad a SARS-CoV-2 y a VRS en IRAs permanece estable (Figura 3B).

La positividad a virus de la gripe disminuye por tercera semana consecutiva. Desde el inicio de la temporada se han analizado 24.535 muestras de IRAs para el diagnóstico de gripe. En ellas se han identificado 5.587 detecciones de virus gripales, 3.459 tipo A (62,3%), de los cuales, 2.035 son A(H3) y 890 A(H1)pdm09, (69,6% y 30,4%, entre los subtipados) y 534 A no subtipado (9,6%). Se identifican además 2.092 (37,7%) de tipo B.

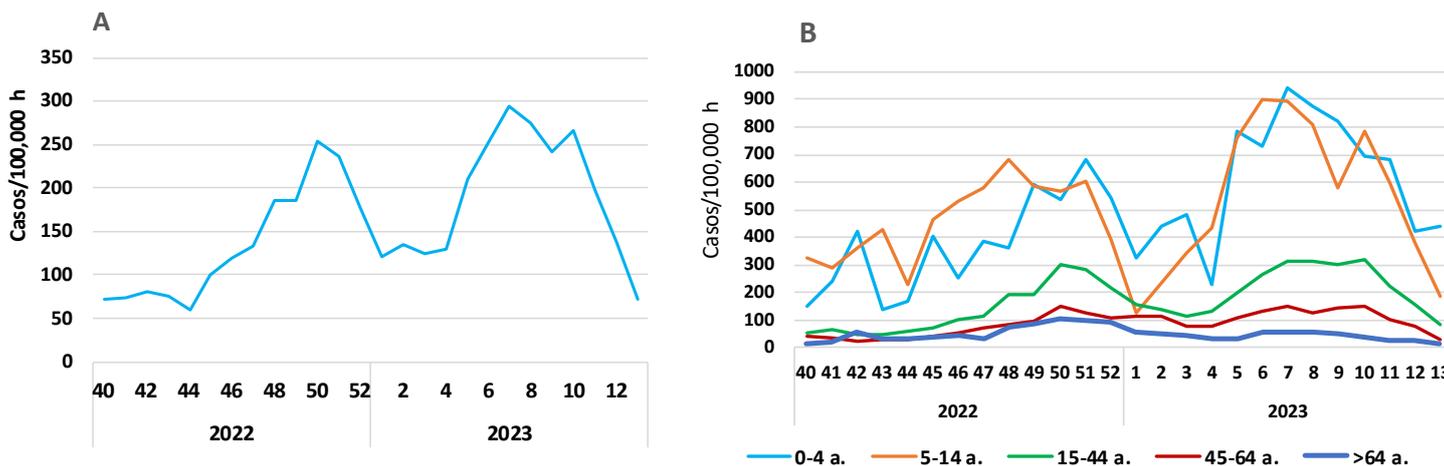
Figura 4. Porcentaje de positividad a gripe por tipo/subtipo de virus. Vigilancia centinela de IRAs. España, temporada 2022-23



## Gripe en Atención primaria. Vigilancia centinela de IRAs

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

Figura 5. Tasa estimada de gripe\*, global (A) y por grupos de edad, (B). Temporada 2022-23



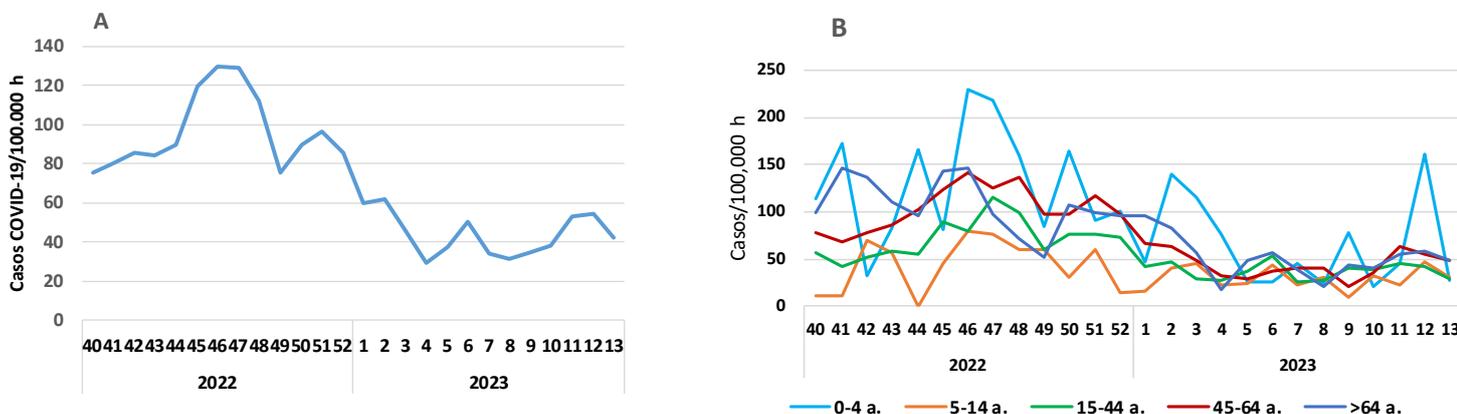
\* Tasa de gripe confirmada: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a gripe. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

La tasa de gripe en Atención Primaria presentó un pico de máxima actividad (254,7 casos/100.000 h) en la semana 50/2022, descendiendo hasta la semana 01/2023, desde la que se observa un aumento progresivo de incidencia hasta un pico de actividad en la semana 7/2023 (294,8 casos/100.000 h) que supera el anterior. El ascenso se concentra fundamentalmente en los menores de 15 años, en consonancia con el aumento de circulación de virus de la gripe B.

## COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 13/2023 la tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 42,2 casos por 100.000 h (54,6 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en el grupo de los mayores de 64 años (48,4 casos por 100.000 h).

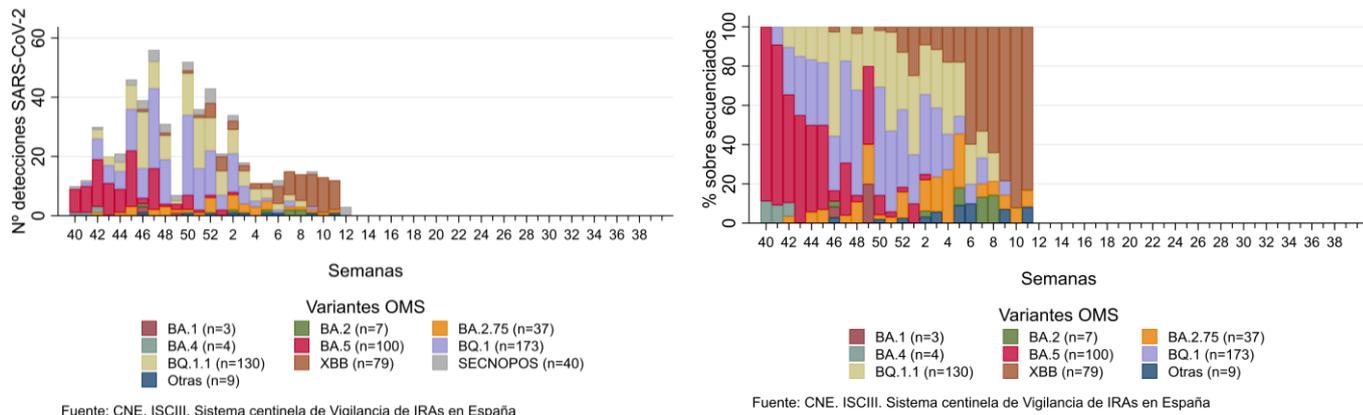
Figura 6. Tasa estimada de COVID-19\*, global (A) y por grupos de edad (B). Temporada 2022-23



\* 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 7. 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**

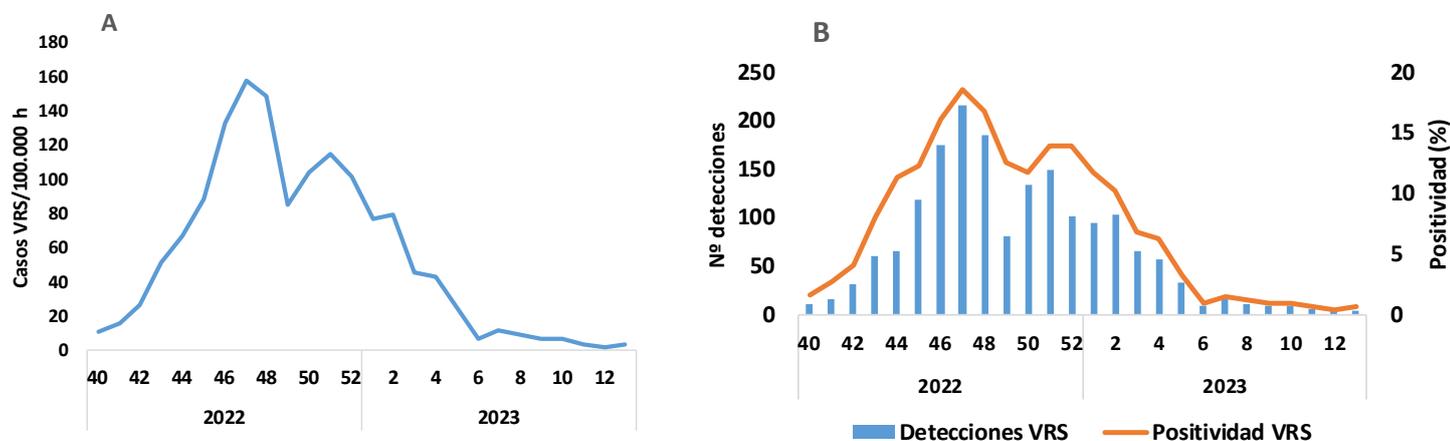


Desde el inicio de la temporada, un 23% de los casos (541) se han caracterizados. De ellos, se han secuenciado un 96% de los casos (518), y el resto se han caracterizado mediante PCR o se desconoce. Entre los secuenciados se ha recibido información sobre código de GISAID de un 55% de los casos (283). La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAs en Atención primaria es la BQ.1 (32%), seguida de la BQ.1.1 (24%).

## VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

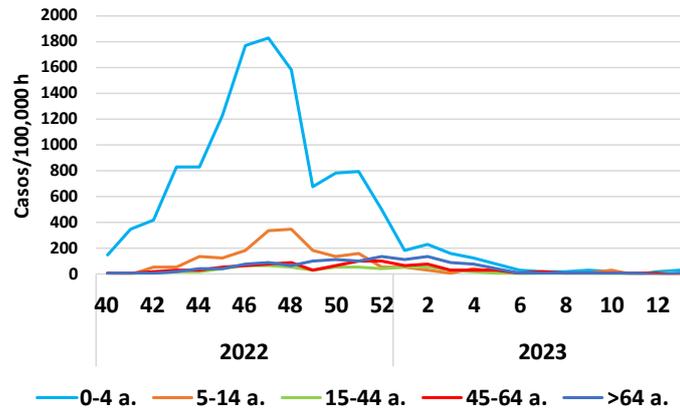
En la semana 13/2023 la tasa de VRS en Atención Primaria se sitúa en 3,3 casos por 100.000 h (2,1 casos por 100.000 h en la semana previa). La incidencia de infección por VRS en Atención Primaria presentó un pico de máxima actividad en la semana 47/2022 (158,5 caso/100.000 h) (Figura 8), coincidiendo con la máxima positividad al virus y con la máxima afectación de los niños de 0-4 años. Por grupos de edad, en la semana 13/2023 las mayores tasas se observan en los menores de 5 años (27,6 casos por 100.000 h).

**Figura 8. Tasa estimada de infección por VRS\* (A) y porcentaje de positividad (B) en muestras centinela de AP Temporada 2022-23**



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

Figura 9. Tasa estimada de infección por VRS por grupos de edad, temporada 2022-23



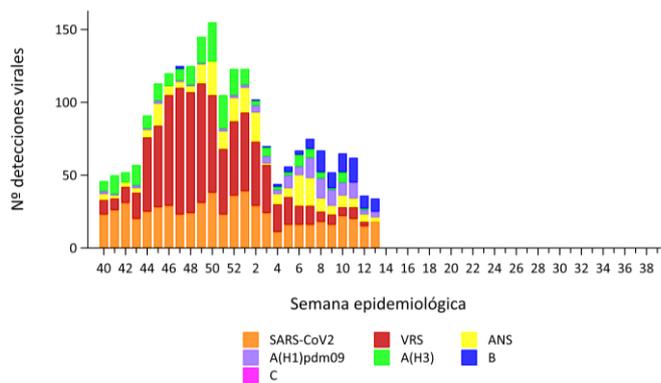
## Hospitales

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

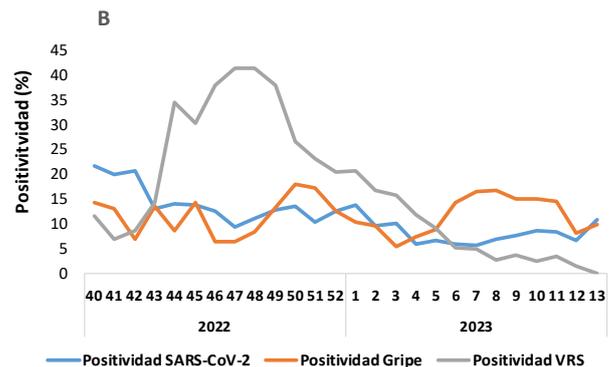
	Ultima semana*			Desde inicio 2022-2023		
	Muestras	Positivos	%positividad	Muestras	Positivos	%positividad
SARS-CoV-2	165	18	10,9	5744	617	10,7
Gripe	159	16	10,1	5659	677	12,0
VRS	147	0	0,0	5127	871	17,0

Figura 10. 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)



La positividad a SARS-CoV-2 en IRAG aumenta ligeramente desde la semana previa y a VRS disminuye por segunda semana consecutiva.

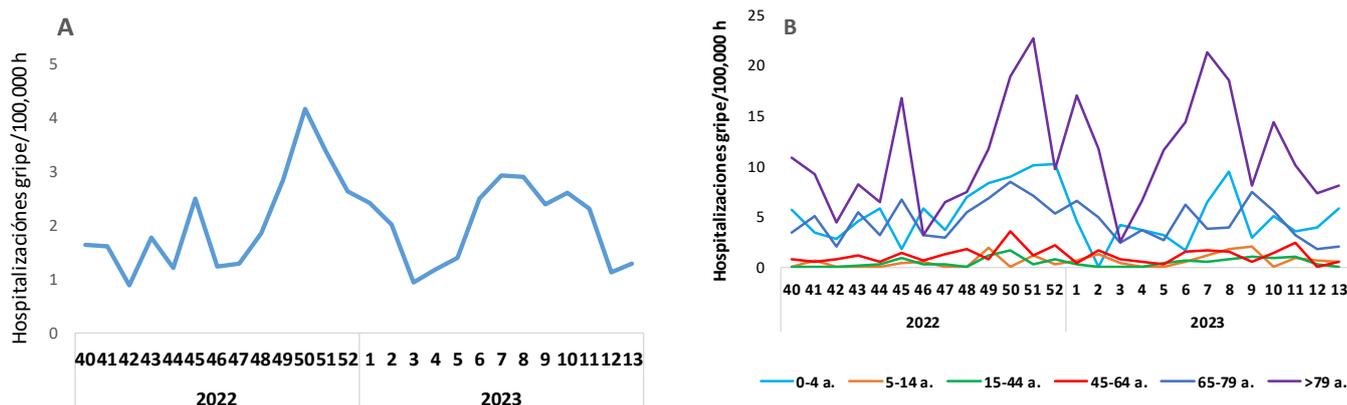
La positividad a gripe se mantiene a 10,1% (8,2% en la semana previa). Desde el inicio de la temporada se han analizado 5.659 muestras de IRAGs para el diagnóstico de gripe. En ellas se han identificado 677 detecciones de virus gripales, 578 tipo A (86%), de los cuales, 229 son A(H3) y 111 A(H1)pdm09, (67,4% y 32,7%, entre los subtipados) y 238 A no subtipado (35,4%). Se identifican además 94 (14%) virus de tipo B. En la evolución del número de detecciones y la

positividad a tipo/subtipo de virus gripales, en vigilancia centinela de IRAG, no se observa, de momento, el ascenso en identificaciones de caso hospitalizados de gripe B, como en Atención Primaria.

### Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 13/2023 la tasa de hospitalización por gripe en hospitales sitúa en 1,3 casos por 100.000 habitantes (1,1 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en los mayores de 79 años (8,1 casos por 100.000 h).

Figura 11. Tasa estimada de hospitalización por gripe\*, global (A) y por grupos de edad (B) temporada 2022-23



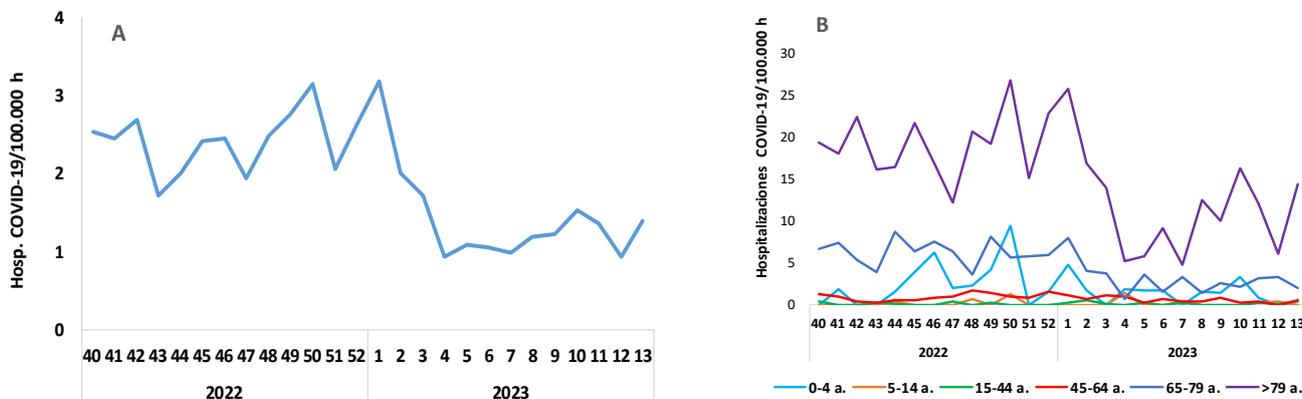
\* Tasa de hospitalización por gripe confirmada: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal a gripe. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCI](#)

La máxima tasa de hospitalización por gripe se alcanzó en la semana 50/2022 (4,2 hospitalizaciones/100.000 h), descendiendo desde entonces, hasta la semana 03/2023, desde la que se observan cinco semanas consecutivas de tendencia al alza hasta la semana 08/2023 y a partir de esta desciende con oscilaciones.

### COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 13/2023 la tasa de hospitalización por COVID-19 se sitúa en 1,4 casos por 100.000 habitantes, (0,9 casos por 100.000 habitantes en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de los mayores de 79 años (14,5 casos por 100.000 h).

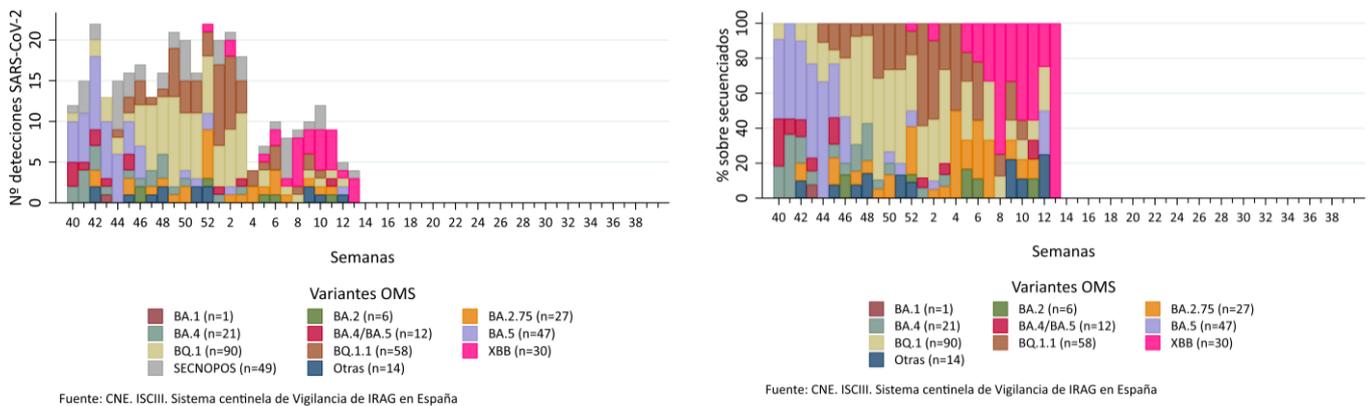
Figura 12. Tasa estimada de hospitalización por COVID-19\*, global (A) y por grupos de edad (B) temporada 2022-23



\* 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 13. 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.**

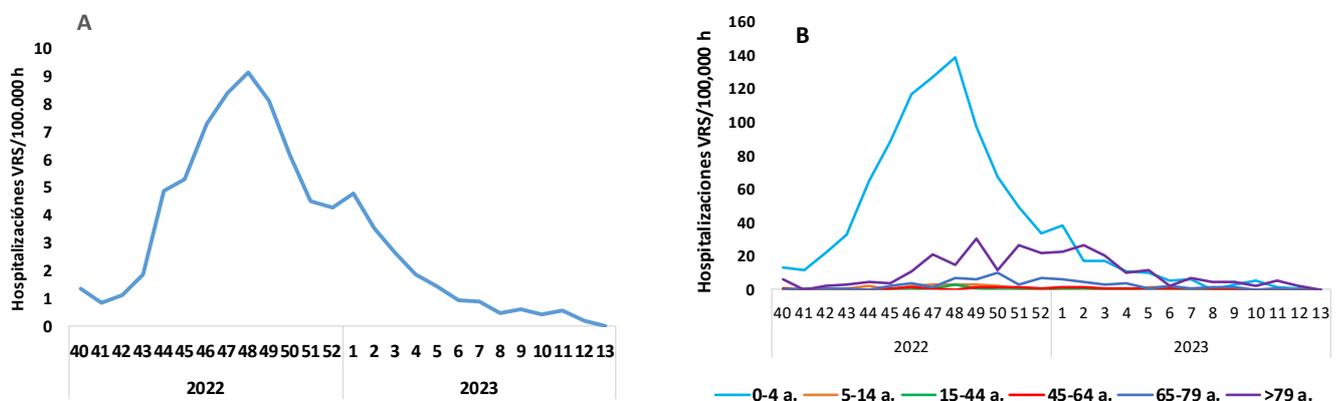


Desde el inicio de la temporada, un 49,4% de los casos (305) se han caracterizado. De ellos se han secuenciado un 79,8% de los casos (243), y el resto se han caracterizado mediante PCR o se desconoce. Entre los secuenciados se ha recibido información sobre código de GISAID de un 49,4% de los casos (120). La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAG en hospitales es la BQ.1 (29%), seguida de la BQ.1.1 (19%).

## VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 13/2023 la tasa de hospitalización por infección por VRS se sitúa en 0 casos por 100.000 habitantes (0,2 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, en la última semana las tasas de hospitalización son 0 casos por 100.000 h en todos los grupos de edad. Desde el inicio de la temporada se observa un aumento de las hospitalizaciones por VRS partir de la semana 39/2022 y hasta la semana 48/2022 (figura 14A). La hospitalización por VRS presentó un pico de máxima actividad en la semana 48/2022 (9,2 caso/100.000 h), coincidiendo con la máxima positividad al virus y con la máxima afectación de los niños de 0-4 años (Figura 14 B).

**Figura 14. Tasa estimada de hospitalización por infección por VRS\*, global (A) y por grupos de edad (B) temporada 2022-23**

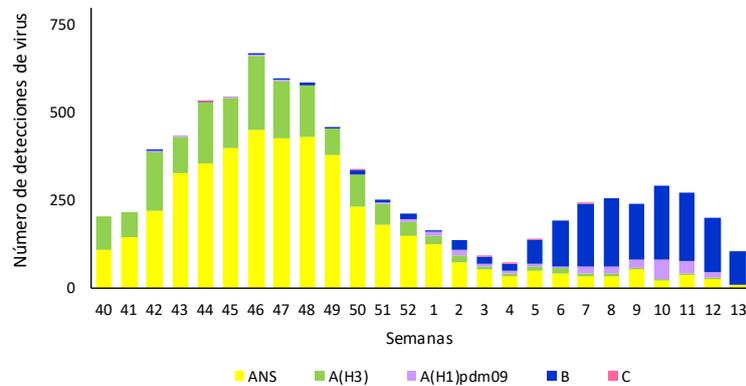


\* Tasa de hospitalización por infección confirmada de VRS: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal VRS. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

## Vigilancia virológica no centinela de gripe

En la semana 13/2023 se han notificado 106 detecciones no centinela de gripe desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias y La Rioja\*. Entre ellas 43 de tipo A (22 ANS, 5 A(H3) y 16 A(H1)pdm09) y 126 del tipo B (Figura 15).

**Figura 15. 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 **736** virus de la gripe A(H3N2), 528 de ellos del grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Bangladesh/4005/2020-like), definido por la presencia de la mutación S156H, entre otras, en el gen de la hemaglutinina con respecto al virus vacunal A/Darwin/9/2021, 205 pertenecen al grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Slovenia/8720/2022-like), definido por las mutaciones D104G y K276R, entre otras, y los 3 restantes pertenecen al grupo 3C.2a1b.1a (A/Denmark/3264/2019-like). 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. Sin embargo, en la reunión que se ha celebrado recientemente para seleccionar los candidatos vacunales que se utilizarán para elaborar la vacuna de la gripe de la temporada 2023-2024 se ha seleccionado el mismo componente AH3 que en la vacuna de la temporada 2022-2023. Se han caracterizado también **198** virus A(H1N1), 130 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 68 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 diferentes al virus vacunal. Los **116** virus B caracterizados hasta ahora son del linaje Victoria, del mismo grupo que el virus vacunal B/Austria/1359417/2021, aunque presentando diferencias genéticas entre ellos.

El análisis de susceptibilidad a antivirales frente a gripe en los 580 virus AH3, 171 virus AH1 y 116 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

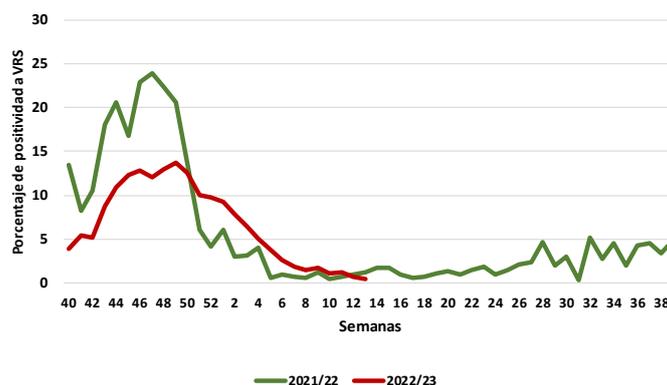
Desde el inicio de la temporada 2022-23 se han notificado 53 brotes de gripe, cinco en Andalucía, cuatro en Aragón, 13 en Castilla La Mancha, tres en Castilla y León y 28 en Cataluña. En todos ellos se ha identificado el virus de la gripe tipo A [45 por A no subtipado, cinco por A(H3N2), dos por A(H1N1)pdm09 y otro por A(H3N2) y A(H1N1)pdm09]. Se han

caracterizado genéticamente 2 de los virus de la gripe A, siendo uno de los virus 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 cinco centros de larga estancia, en 40 centros geriátricos, en tres colegios/guarderías y en cinco instalaciones sanitarias. La mediana de edad de las personas afectadas en los centros geriátricos es de 87 años.

### Vigilancia virológica no centinela de VRS

En la semana 13/2023 se han notificado 7 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, y La Rioja\*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, se sitúa en el 0,40% frente al 0,63% de la semana previa. En la figura 16 se observa la evolución de la positividad de VRS en la temporada 2021-22 y desde el inicio de la 2022-23.

**Figura 16. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22 y 2022-23. España**

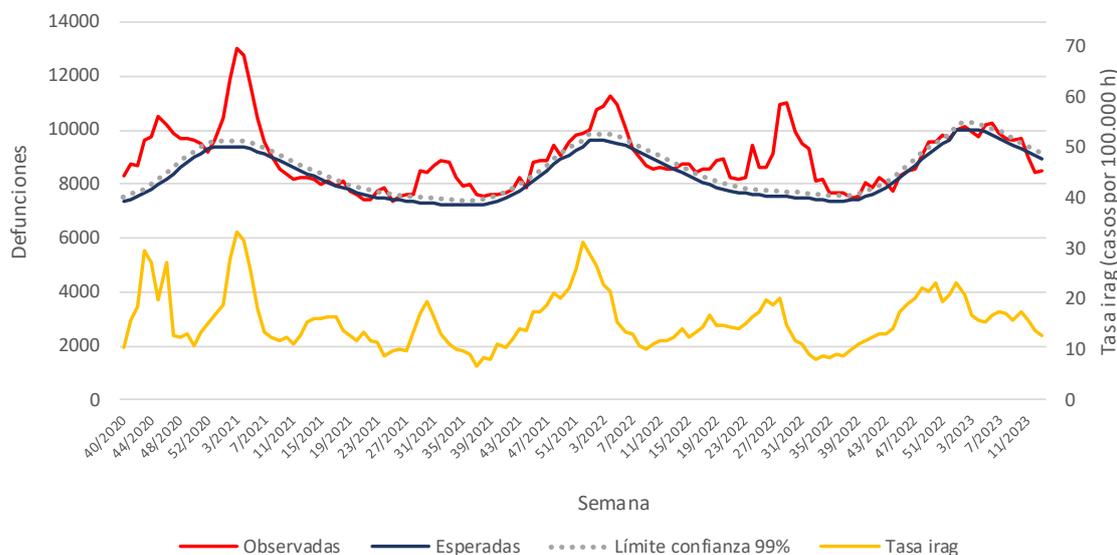


\*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que este valor puede variar en función de la semana de presentación de los informes.

### 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 13/2023 se han producido 2.204 excesos de defunciones por todas las causas (Figura 17).

**Figura 17. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Temporadas 2020-21, 2021-22 y 2022-23. España**

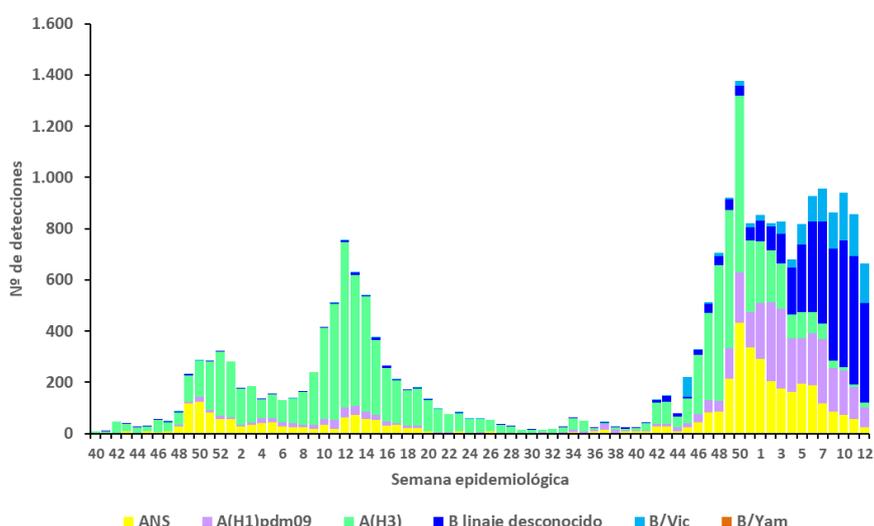


## Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

### Situación en Europa

El ECDC indica que en la semana 12/2023 el porcentaje de positividad en las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa fue del 22% (25% en la semana previa). El 18% de las muestras fueron tipo A (Figura 18) y el 82% fueron de tipo B. De las 95 muestras tipo A subtipadas, el 80% fueron A(H1) pdm09 y el 20% fueron A(H3). En esta temporada, de 108.535 muestras centinelas analizadas, 25.565 (24%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 74% fueron virus tipo A, y el 26% tipo B. De los 15.283 virus tipo A subtipados hasta ahora, 65% fueron A(H3) y 35% A(H1) pdm09. Todos los virus de tipo B adscritos a linaje fueron B/Victoria.

**Figura 18. Detecciones de gripe de muestras centinela. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC. Temporadas 2021-22 y 2022-2023**



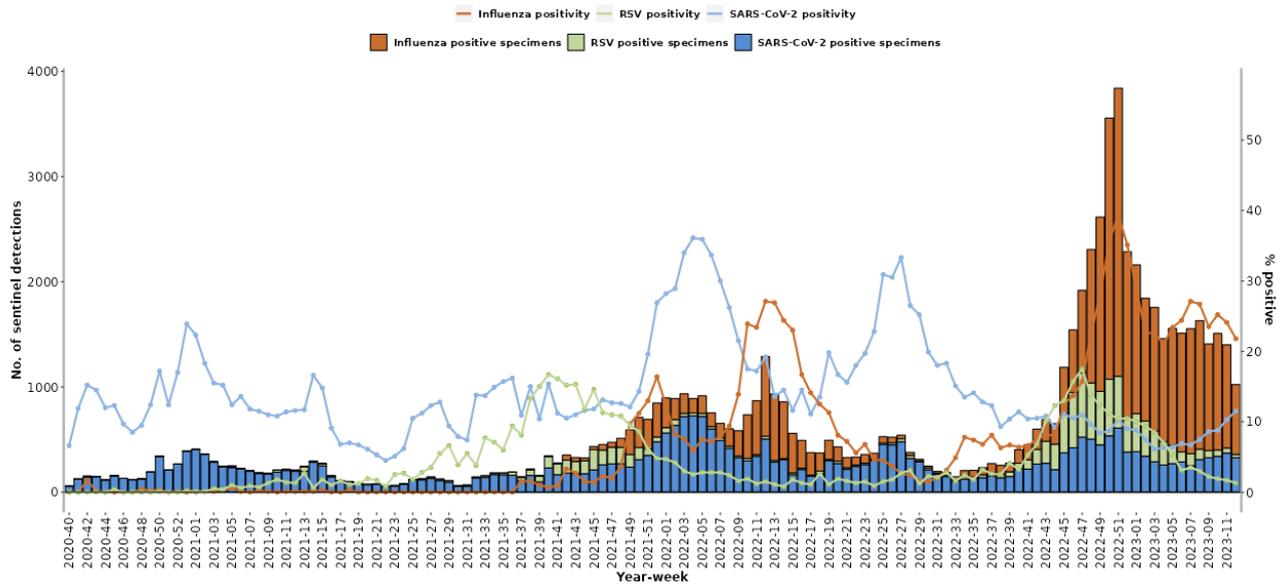
Para más información consultar [ECDC](https://ecdc.europa.eu)

En la región europea de la OMS, en la semana 12/2023, se señala un descenso de un 12,1% de nuevos casos de COVID-19 y de un descenso del 29,2% de defunciones, comparado con la semana 11/2023. El 32% de casos de COVID19 y el 90,9% de defunciones fueron en personas de 65 o más años.

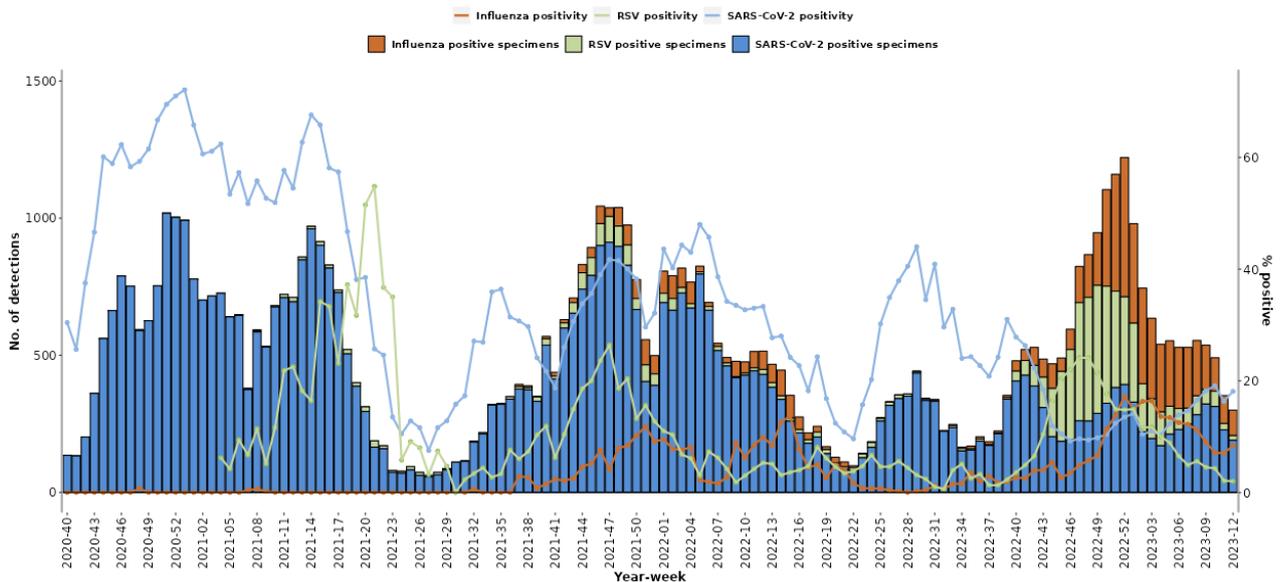
El porcentaje global de test positivos para SARS-CoV-2 fue del 12,5% frente al 12,7% en la semana 11/2023. Ha habido un aumento de casos notificados de VRS en comparación con años anteriores en esta época del año, y se señala un aumento con fluctuaciones en el porcentaje de positividad desde la semana 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 19 y el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras procedentes de IRAG en hospitales se presenta en la figura 20.

**Figura 19. 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 20. 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.who.europa.eu/)

## Situación en el mundo

Globalmente, la circulación del virus de la gripe disminuyó drásticamente en enero después del pico a finales de 2022. Las detecciones predominantes en el año 2022 fueron A(H3N2). Desde finales de enero de 2023, entre los virus subtipados, el A(H1N1) volvió a aumentar con una proporción ligeramente mayor durante este periodo y los virus tipo B, las detecciones parecen haber disminuido en la semana más reciente.

En los países del norte de América, la mayoría de los indicadores de circulación del virus estaban en niveles típicamente observados hacia el final de la temporada. En general, los virus predominantes fueron de tipo A con el virus A(H1N1)pdm09 que representa la mayoría de los virus subtipados en los EEUU mientras que en Canadá predominaron los virus tipo B.

En Europa, en general, la circulación del virus disminuyó y el porcentaje de positividad de muestras centinela se mantuvo estable y se mantuvo por encima del umbral epidémico a nivel regional. De 37 países, 16 señalaron una intensidad media y el resto reportaron una actividad baja o por debajo de la línea de intensidad base. 18 de los 36 países reportaron una actividad generalizada. En general, los virus de tipo B predominaron tanto en la vigilancia centinela como en la no centinela, ya que todas las subregiones experimentaron una ola de actividad de tipo B después de una ola inicial de virus tipo A. Las detecciones de virus disminuyeron o fueron estables en la mayoría de los países excepto en Dinamarca, Islandia, Lituania, Luxemburgo y Alemania donde se registraron ligeros aumentos.

En la parte central de Asia, la circulación del virus ha disminuido en general.

En el norte de África, la circulación del virus fue baja en todos los países notificadores.

En el oeste de Asia, la circulación ha continuado siendo reportada en algunos países con detecciones de todos los subtipos estacionales.

En el este de Asia, la circulación del virus predominantemente A(H1N1)pdm09 aumentó abruptamente en China pero disminuyó en otros países notificadores.

En el Caribe y en los países del centro de América, la circulación de los virus de tipo B permanecieron bajos en la mayoría de los países notificadores. Incrementos de la gripe fueron reportados en Belice, El Salvador y Guatemala donde la actividad del virus aumentó a niveles moderados.

En los países tropicales del sur de América la actividad gripal se ha mantenido baja con detecciones de todos los subtipos estacionales cocirculantes y siendo predominante el tipo B/Victoria. Se observó un ligero aumento de las tendencias en la actividad gripal y se reportaron detecciones en Bolivia y Brasil.

En la parte tropical de África, la circulación fue más alta en África occidental mientras que las detecciones fueron bajas en los países notificadores de África central y oriental.

En el sur de Asia, la circulación se mantuvo baja detectando en su mayoría los virus tipo A(H3N2) y tipo B/Victoria. En el sudeste asiático, la actividad del virus se mantuvo elevada y se detectó principalmente el virus de tipo B en Malasia y el virus tipo A(H3N2) en Singapur y Tailandia.

En las zonas templadas del hemisferio sur, la circulación del virus se mantuvo baja.

Globalmente, la circulación del VRS fue generalmente baja o decreciente, excepto en Australia, Nueva Zelanda y Sudáfrica. La actividad del VRS aumentó, pero se mantuvo por debajo del umbral estacional en zonas de Australia y las detecciones entre los pacientes hospitalizados (IRAG) aumentaron en Nueva Zelanda. En el sur de África, la temporada del VRS comenzó en la semana 6 de 2023 y la tasa de detección entre los niños menores de cinco años con neumonía la vigilancia ha alcanzado un nivel moderado. El virus VRS permaneció elevado en Brasil y Méjico.

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-442](https://www.who.int/news-room/updates/2023-01-11-influenza-update-n-442)

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

Entre octubre de 2021 y septiembre de 2022, Europa ha sufrido la epidemia de influenza aviar altamente patógena (IAAP) más devastadora, con un total de 2.520 brotes en aves de corral, 227 brotes en aves cautivas y 3.867 detecciones en aves silvestres, con una extensión geográfica sin precedentes, afectando a 37 países europeos. Las detecciones en aves silvestres entre septiembre y diciembre de 2022 representan un riesgo continuo de infección para las aves domésticas.

Los virus detectados desde septiembre de 2022 (clado 2.3.4.4b) pertenecen a once genotipos, tres de los cuales han circulado en Europa durante los meses de verano, mientras que ocho representan nuevos genotipos. Los virus de IAAP también se detectaron en especies de mamíferos silvestres y de granja en Europa y América del Norte, lo que muestra marcadores genéticos de adaptación a la replicación en mamíferos.

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

El riesgo de infección para la población general en la UE/EEE se evalúa como bajo y para las personas expuestas ocupacionalmente de bajo a medio con alta incertidumbre debido a la gran diversidad de virus de influenza aviar circulantes en las poblaciones de aves.

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos a la OMS de infección humana de gripe A(H5).

Desde la última actualización, el Ministerio de Salud de Chile ha notificado el 27 de marzo de 2023 un caso de infección humana de gripe A(H5N1). Se trata de un hombre de 53 años del norte de Chile. Se están realizando investigaciones para identificar la fuente de infección y los contactos del caso. El caso presentó síntomas severos y ahora se encuentra en situación estable. Este es el primer caso de infección de gripe A(H5N1) detectado en Chile. Globalmente y hasta la fecha, se han notificado un total de 874 casos y 458 fallecimientos en 23 países, con una tasa de letalidad del 52,4%.

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos a la OMS de infección humana de gripe A(H5N6). Por tanto, desde 2014 y hasta la fecha se han notificado un total de 84 casos confirmados, incluidas 33 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H5N6), la mayoría de ellos notificados por China (83) y uno por Laos.

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

Actualmente, la evidencia epidemiológica y virológica disponible sugiere que los virus de influenza A(H5) no han adquirido la capacidad de transmisión sostenida entre humanos, por lo que la probabilidad de propagación de persona a persona es baja.

## 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.

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

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

Desde 1998 un total de 120 casos confirmados, incluidas 2 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H9N2) notificados por China (107), 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.

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

Desde la última actualización, las autoridades de la Región Administrativa de Macao, de la República de China, ha notificado un caso de infección de gripe A(H3N8). Se trata de una mujer de 56 años de la ciudad de Zhongshan provincia de Guangdong. La mujer había estado expuesta a aves de corral antes del inicio de los síntomas y no se han reportado casos adicionales entre sus contactos hasta la fecha. El virus A(H3N8) es un virus de infección de gripe que se ha detectado en todo el mundo en caballos, perros, aves de corral y focas. Estos brotes son una transmisión ocasional entre especies de aves a humanos, y el riesgo de transmisión a gran escala es bajo.

Información adicional puede consultarse en: [WHO-Avian influenza](#) [ECDC-Avian influenza](#) [Centre for Health Protection - Avian Influenza Report \(chp.gov.hk\)](#)

## Infección humana por virus variantes de la gripe porcina A

Desde la última actualización, el 3 de marzo de 2023 la OMS ha notificado dos nuevos casos de infección humana con la variante del virus de la gripe porcina A(H1N1)v en China. De forma global, durante 2022 se notificaron cuatro casos de A(H1N1)v en Alemania, China y Brasil, y un caso en China en el 2023. Hasta la fecha no se ha informado de transmisión de persona a persona.

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 puede consultarse en: [ECDC Fluview \(CDC\)](#)

## Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Desde la última actualización del 30 de enero de 2023 y hasta el 28 de febrero de 2023 no se han notificado nuevos casos de MERS-CoV por las autoridades sanitarias de todo el mundo o la Organización Mundial de la Salud.

Desde abril de 2012 y hasta el 30 de enero de 2023, las autoridades sanitarias de todo el mundo han notificado un total de 2.613 casos de MERS-CoV, incluidas 945 muertes.

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: [OMS-MERS-CoV](#) [MERS-CoV worldwide overview](#) [ECDC](#).

## 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](mailto: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 13/2023. Nº 125. 27 de marzo al 2 de abril de 2023.