

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

Semana 25/2023 (del 19 al 25 de junio de 2023)

Nº 137. 29 de junio de 2023

Se mantiene el descenso de las tasas de incidencia en la comunidad y en las hospitalizaciones por COVID-19. Predominan las variantes XBB.1.5 y XBB de SARS-CoV-2. La actividad gripal y de VRS se mantienen en niveles basales 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	11
Situación en Europa	12
Situación en el mundo	12
Sistemas y fuentes de información	14

Resumen

- **Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAS):** La tasa global en la semana 25/2023 se sitúa en 286,6 casos por 100.000 h. con fluctuaciones a la baja desde la semana 21/2023 (420,3 casos por 100.000 h). El porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 es de 15,2%.
- **Infección Respiratoria Aguda Grave en Hospitales (IRAG):** La tasa global en la semana 25/2023 se sitúa en 6,8 casos por 100.000 h en descenso desde la semana 21/2023 (10,7 casos por 100.000 h). El porcentaje de positividad a SARS-CoV-2, es de 10,9%, y 0,9% para gripe.
- **Gripe:** La tasa en **Atención Primaria** describe una segunda onda estacional de gripe asociada a la circulación de virus de la gripe B, en fase de descenso desde la semana 10/2023. Las mayores tasas en Atención Primaria se observan en los menores de 15 años. La hospitalización por gripe desciende también desde las semanas 8-10/2023 y las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de 65 a 79 años. Desde el inicio de la temporada se ha identificado en mayor proporción el virus de gripe tipo A (60,7%), con un 68% de A(H3) y un 32% de A(H1)pdm09, entre los subtipados.
- **COVID-19:** La tasa en **Atención Primaria** es de 43,6 casos por 100.000h, en descenso desde la semana 21/2023 (87,2 casos por 100.000 h). Las mayores tasas se observan en el grupo de los mayores de 64 años. Las variantes de SARS-CoV-2 que circulan en mayor proporción en las últimas **cinco** semanas son la XBB.1.5 (47%), y desde el inicio de la temporada 2022-23 son las variantes BQ.1 (35%), XBB.1.5 (30%), XBB (13%) y BA.5 (10%). En la semana 25/2023, la **tasa de hospitalización** por COVID-19 se sitúa en 0,74 casos por 100.000 h. Las variantes de SARS-CoV-2 identificadas en mayor proporción en hospitalizados en las últimas **cinco** semanas han sido XBB (40%) y XBB.1.5 (21%), y desde el inicio de temporada las variantes BQ.1 (32%), XBB.1.5 (22%) y XBB (11%).
- **Virus Respiratorio Sincitial (VRS):** La infección por VRS se mantiene en valores basales estables desde hace más de cinco semanas, tanto en Atención Primaria como en hospitales. Las mayores tasas de incidencia en consultas de Atención Primaria y en hospitales se observaron en menores de 5 años en las semanas 47/2022 con 160,9 casos/100.000 h, y en la semana 48/2022 con 9,2 casos/100.000 h, respectivamente.
- 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 25/2023 la tasa global es 286,6 casos de IRAs/100.000 h (293,3 casos/100.000 h. en la semana previa). Las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (1.190 casos/100.000 h). Por sexo, las tasas son superiores en mujeres que en hombres (317,9 vs 253,9 casos/100.000 h). La evolución de las tasas de IRAs por CCAA desde la semana 20/2023 se presenta en la tabla 1.

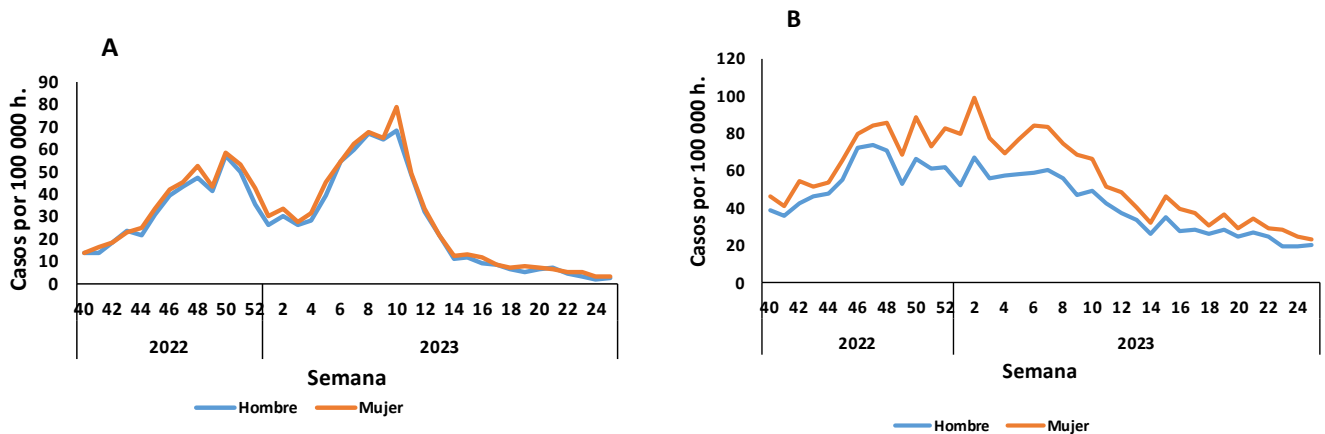
Tabla 1. Evolución de las tasas de incidencia de IRAs por comunidad autónoma en las últimas seis semanas. Temporada 2022-23

Comunidad Autónoma	Sem 20/2023	Sem 21/2023	Sem 22/2023	Sem 23/2023	Sem 24/2023	Sem 25/2023
Andalucía	266,7	265,7	250,4	220,3	190,8	-
Aragón	531,8	482,7	451,5	373,4	319,4	307,1
Asturias	437,8	461,6	370,4	308,3	248,5	249,8
Baleares	190,3	192,1	178,2	166,1	118,9	135,3
Canarias	581,3	579,9	499,7	491,9	438,9	412,1
Cantabria	489,7	468,6	438,2	349,0	287,1	271,2
Castilla-La Mancha	627,3	628,9	528,5	450,0	417,7	365,0
Castilla y León	439,9	464,7	374,9	424,7	379,6	310,3
Cataluña	508,8	516,4	483,6	412,2	384,7	347,8
C. Valenciana	653,7	630,8	573,7	526,0	446,4	408,6
Extremadura	250,9	280,5	235,8	211,9	170,8	153,6
Galicia	146,0	175,6	159,4	138,4	126,8	110,1
Madrid	321,9	399,4	362,6	312,8	263,7	238,3
Murcia	443,3	403,3	367,5	273,9	283,4	256,0
Navarra	384,6	369,0	314,9	255,0	195,3	165,3
País Vasco	217,6	273,8	223,9	173,9	141,7	122,4
La Rioja	582,3	429,7	435,4	179,2	235,8	298,9
Ceuta	680,3	605,3	467,7	430,8	310,8	358,4
Melilla	1020,4	1100,6	884,5	823,5	742,9	643,1
Nacional	408,1	420,3	378,1	333,0	293,3	286,6

*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

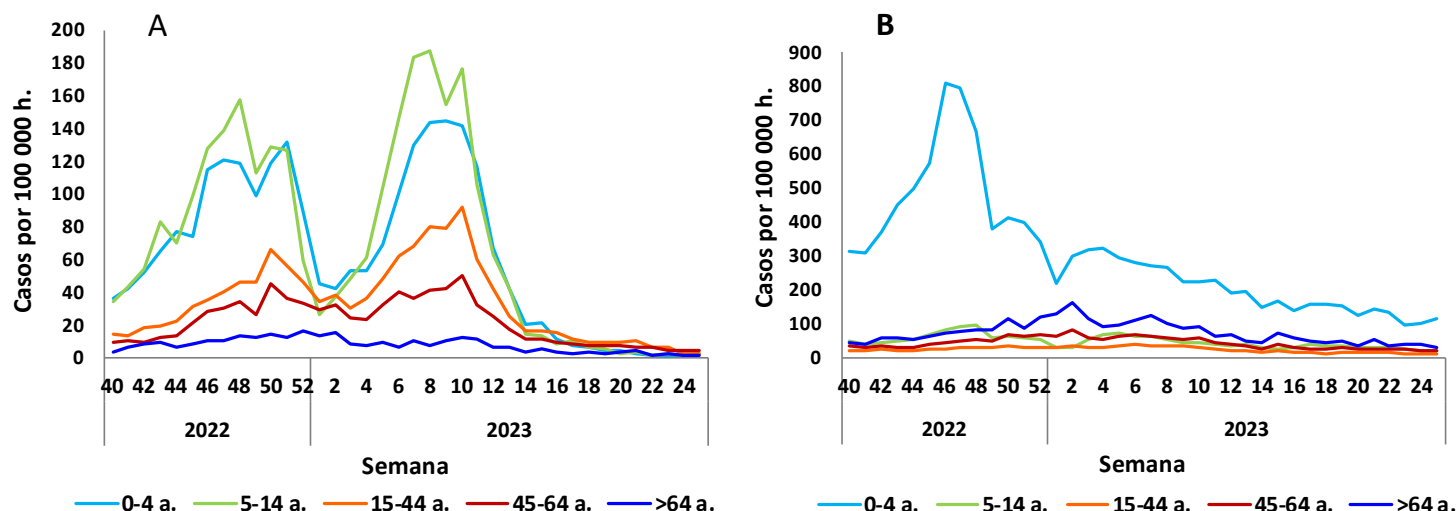
Figura 1. Tasas de síndrome gripal (A) y Bronquiolitis/bronquitis agudas/IRA de tracto inferior/Infección pulmonar aguda (B) en Atención Primaria, por sexo. Temporada 2022-23



(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

Desde el inicio de la temporada 2022-23, Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Castilla La Mancha, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Galicia, Madrid, Murcia, País Vasco, La Rioja, Ceuta y Melilla han notificado información sobre IRAG. En la semana 25/2023 la tasa global de IRAG es de 6,8 casos/100.000 h (8,4 casos/100.000 h en la semana previa). Las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (42,9 vs 53,8 casos/100.000 h en la semana previa). Por sexo, la incidencia es 7,8 y 5,8 casos/100.000 h en hombres y en mujeres, respectivamente. La evolución de las tasas de IRAG por CCAA desde la semana 20/2023 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 20/2023	Sem 21/2023	Sem 22/2023	Sem 23/2023	Sem 24/2023	Sem 25/2023
Andalucía	10,2	9,5	8,7	7,3	8,1	6,2
Aragón	13,6	10,6	8,4	9,4	5,8	6,8
Asturias	6,8	7,7	5,3	5,5	5,5	5,4
Baleares	16,3	18,0	17,6	14,4	13,4	13,1
Canarias	8,9	9,7	13,7	11,5	4,8	5,9
Cantabria	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	14,0	16,6	13,3	11,5	12,0	11,3
Castilla y León	11,4	13,3	16,5	11,9	9,4	7,5
Cataluña	4,6	4,7	3,5	3,8	2,3	2,3
C. Valenciana	12,8	9,3	12,3	8,9	10,0	7,6
Extremadura	18,3	23,8	20,0	16,5	12,0	12,6
Galicia	11,6	10,5	8,8	8,2	11,2	4,2
Madrid	10,7	13,4	13,1	10,4	12,3	9,1
Murcia	8,1	11,1	7,8	8,5	8,5	7,0
Navarra	-	-	-	-	-	-
País Vasco	10,4	13,8	9,9	10,6	10,1	7,9
La Rioja	15,4	18,4	17,1	12,0	12,5	12,4
Ceuta	3,8	6,1	-	2,4	3,7	-
Melilla	9,7	5,9	8,5	5,3	7,3	2,5
Nacional	10,2	10,7	10,2	8,7	8,4	6,8

*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

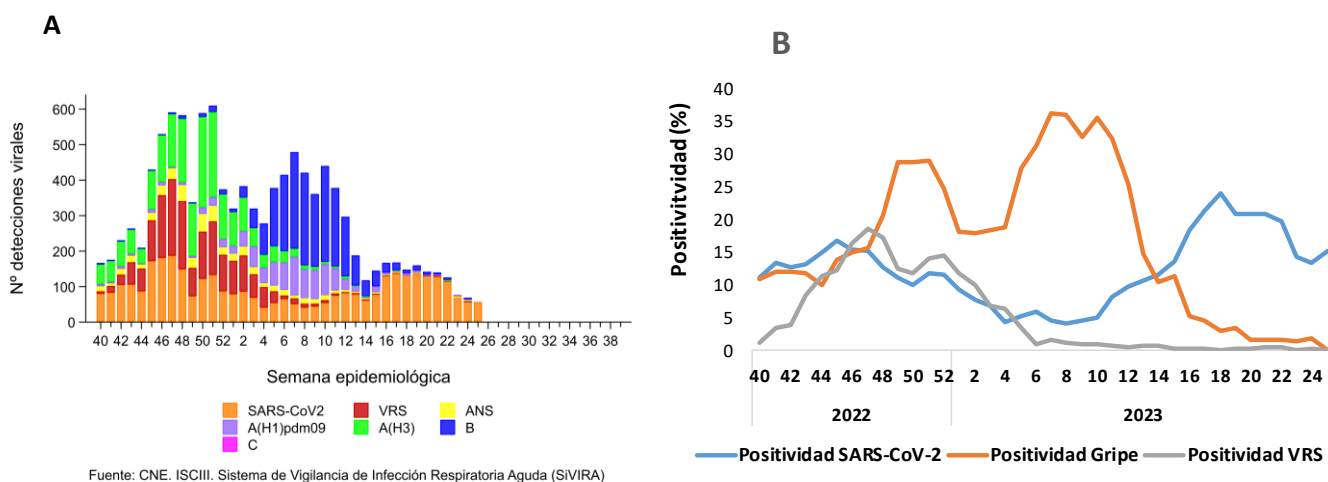
Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS

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	375	57	15,2	31499	3621	11,5
Gripe	373	0	0,0	31185	5890	18,9
VRS	365	0	0,0	29750	1783	6,0

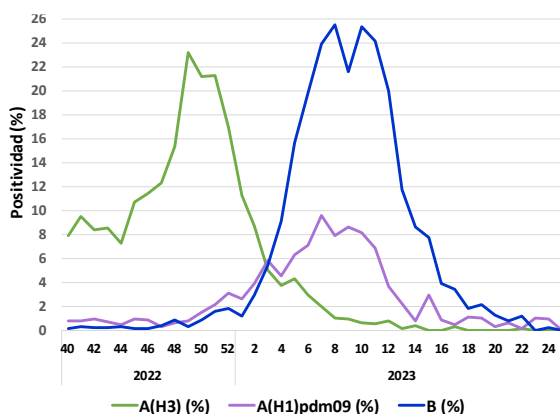
Figura 3. Detecciones semanales virales (A) y porcentaje de positividad (B) a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en AP. Vigilancia centinela de IRAs. España, temporada 2022-23



La positividad a SARS-CoV-2 se incrementa de forma progresiva, desde 5% en la semana 10/2023 hasta 24% en la semana 18/2023 y a partir de esta desciende ligeramente. La positividad a VRS permanece estable (Figura 3B).

La positividad a virus de la gripe sigue en descenso. Desde el inicio de la temporada se han analizado 31.185 muestras de IRAs para el diagnóstico de gripe. En ellas se han identificado 5.890 detecciones de virus gripales, 3.551 tipo A (60,7%), de los cuales, 2.057 son A(H3) y 969 A(H1)pdm09, (68% y 32%, entre los subtipados) y 525 A no subtipado (9%). Se identifican además 2.302 (39,3%) de tipo B.

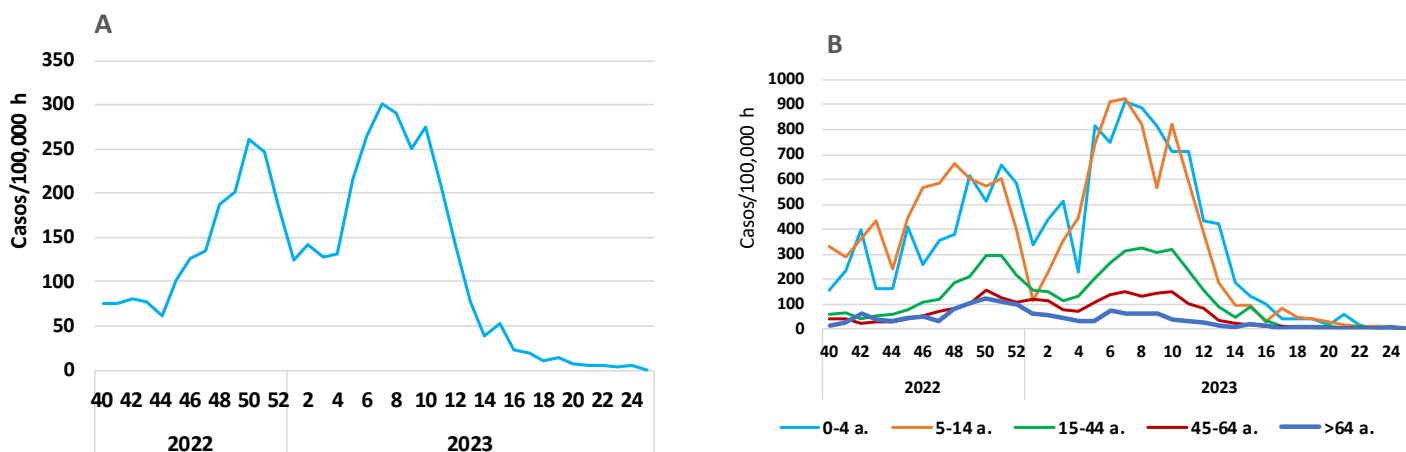
Figura 4. Porcentaje de positividad a gripe por tipo/subtipo de virus. Vigilancia centinela de IRAs. España, temporada 2022-23



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



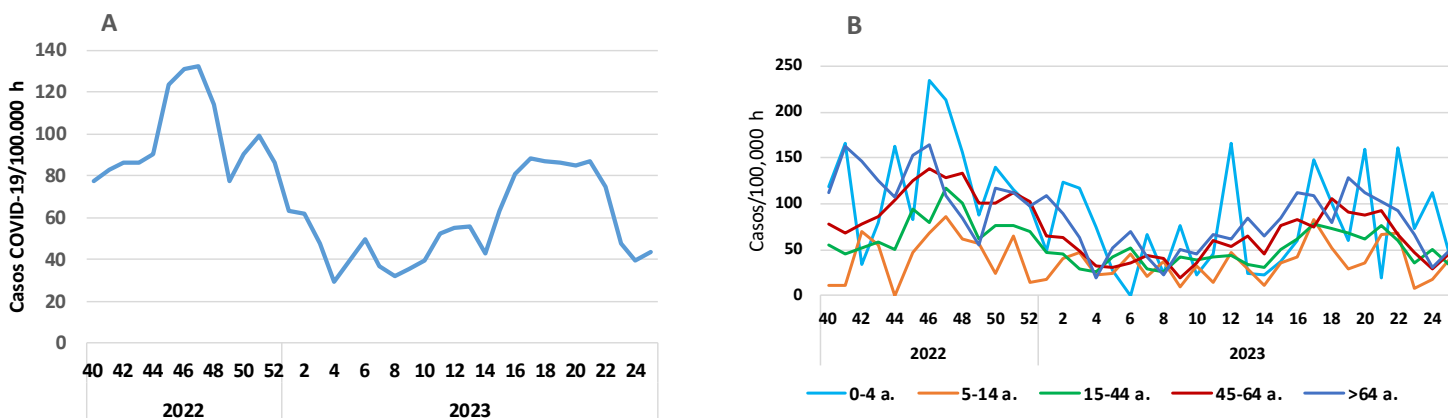
* Tasa de gripe confirmada: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a gripe. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

La tasa de gripe en Atención Primaria presentó un pico de máxima actividad (261,7 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 (300,6 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 25/2023 la tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 43,6 casos por 100.000 h (39,5 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 (48,3 casos por 100.000 h).

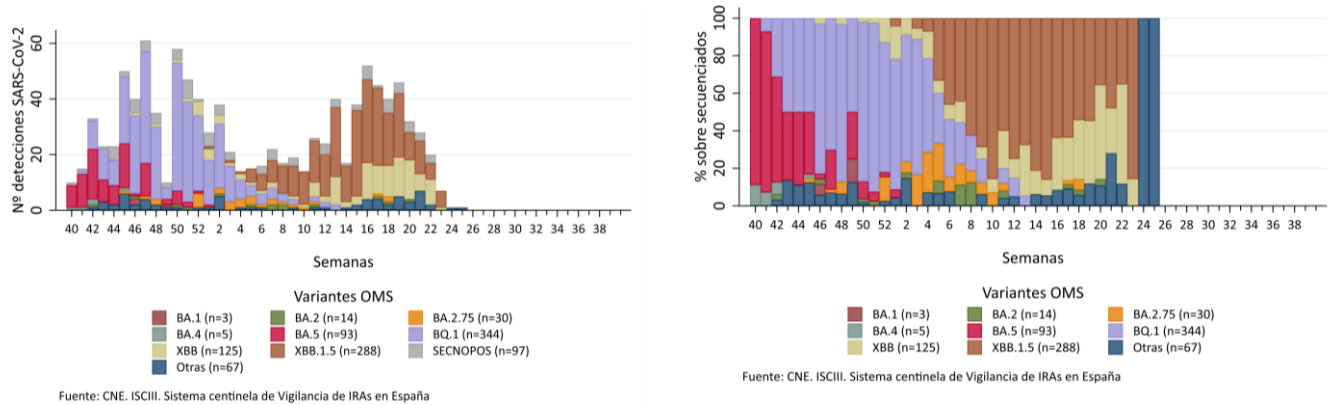
Figura 6. Tasa estimada de COVID-19*, global (A) y por grupos de edad (B). Temporada 2022-23



* 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

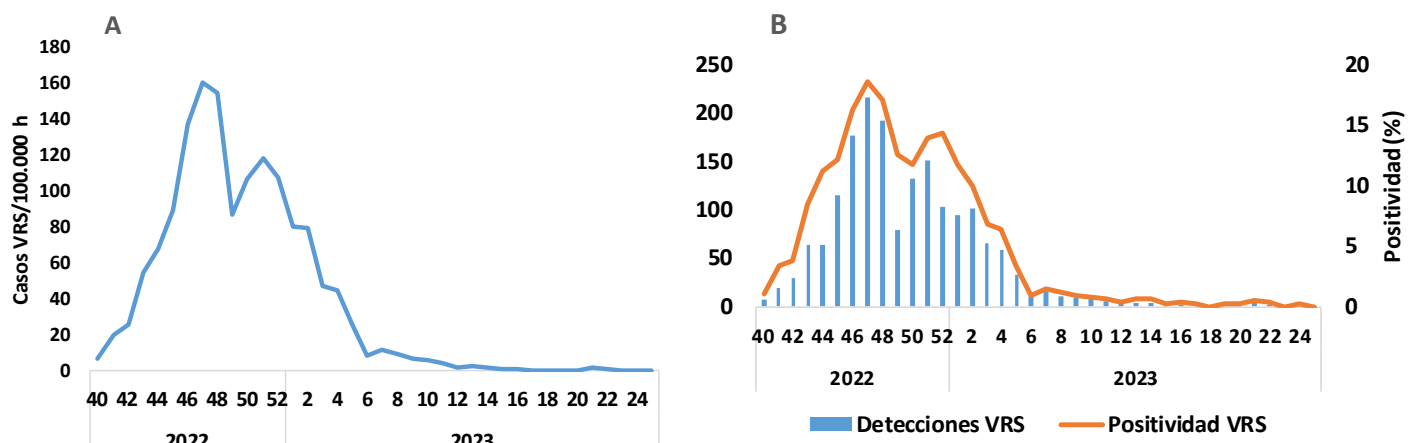


Desde el inicio de la temporada, un 26,8% de los casos (970) se han caracterizado. De ellos, se han secuenciado un 97,8% de los casos (949), y el resto se han caracterizado mediante PCR o se desconoce. Entre los secuenciados se ha recibido información sobre código de GISAID de un 62,7% de los casos (595). La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAs en Atención primaria es la BQ.1 (35%), XBB.1.5 (30%), XBB (13%) y BA.5 (10%). La variante predominante en las últimas semanas ha sido XBB.1.5 (47%) y XBB (31%).

VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

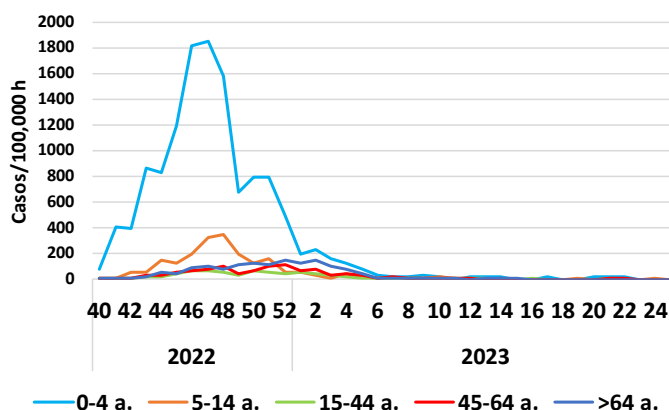
En la semana 25/2023, no se han notificado casos por VRS en Atención Primaria (0,71 casos por 100.000 h en la semana previa). La incidencia de infección por VRS en Atención Primaria presentó un pico de máxima actividad en la semana 47/2022 (160,9 caso/100.000 h) (Figura 8), coincidiendo con la máxima positividad al virus y con la máxima afectación de los niños de 0-4 años.

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



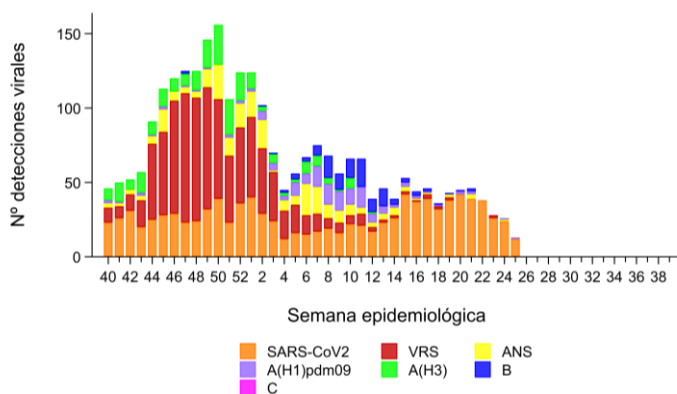
Hospitales

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	110	12	10,9	7873	1025	13,0
Gripe	106	1	0,9	7704	742	9,6
VRS	99	0	0,0	6979	886	12,7

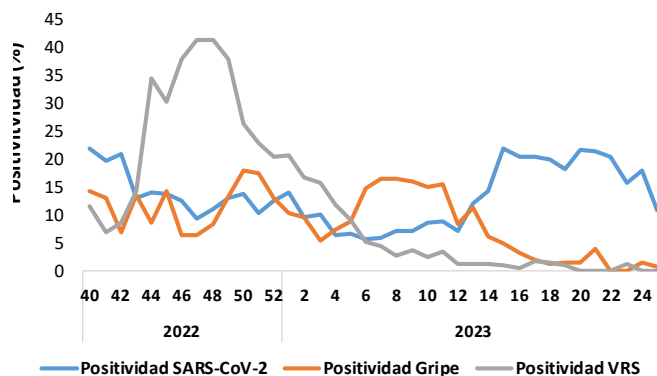
Figura 10. Detecciones semanales virales (A) y porcentaje de positividad (B) a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en hospitales. Vigilancia centinela de IRAGs. España, temporada 2022-23.

A



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

B



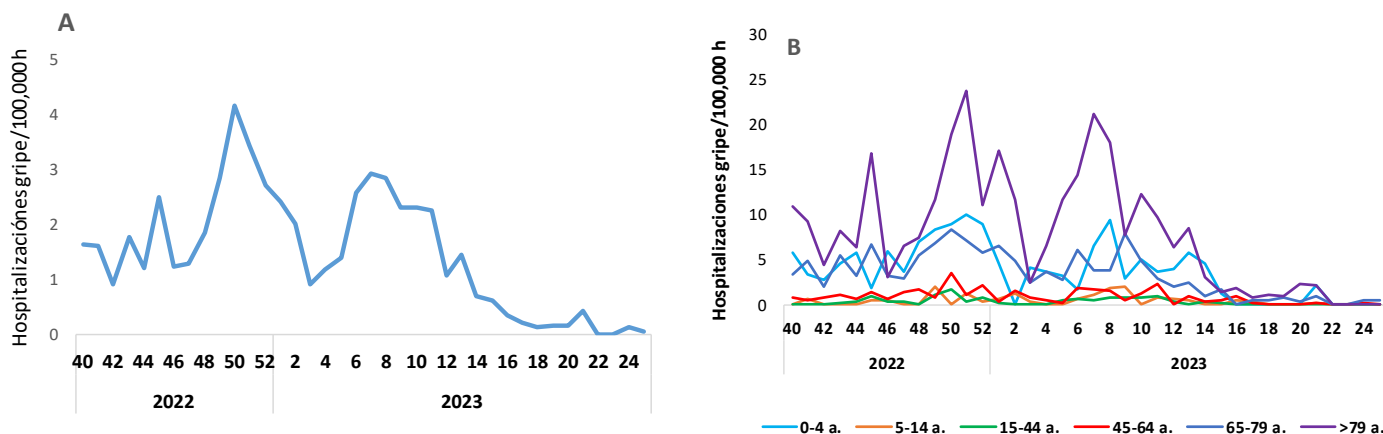
La positividad a SARS-CoV-2 aumenta progresivamente, desde 9% en la semana 11/2023 a 22% en la semana 15/2023, y a partir de esta se mantiene con niveles parecidos, con pequeñas fluctuaciones. La positividad a VRS permanece baja (Figura 10B).

La positividad a gripe disminuye desde la semana previa. Desde el inicio de la temporada se han analizado 7.704 muestras de IRAGs para el diagnóstico de gripe. En ellas se han identificado 742 detecciones de virus gripales, 621 tipo A (84,3%), de los cuales, 234 son A(H3) y 139 A(H1)pdm09, (62,7% y 37,3%, entre los subtipados) y 248 A no subtipado (33,6%). Se identifican además 116 (15,7%) virus de tipo B.

Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 25/2023 la tasa de hospitalización por gripe se sitúa en 0,06 casos por 100.000 h (0,14 casos por 100.000 h en la semana previa).

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



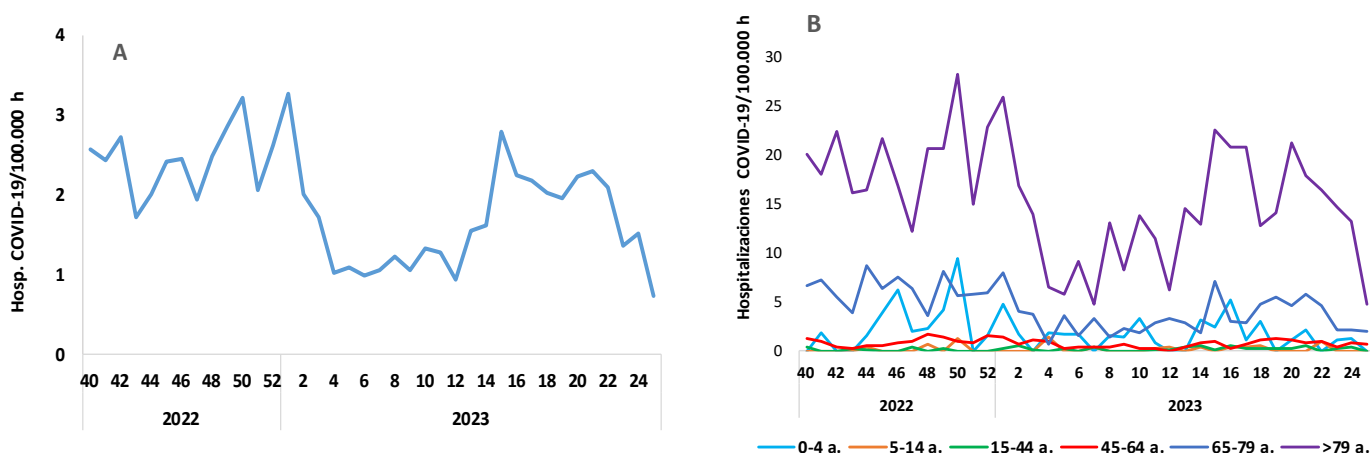
*Tasa de hospitalización por gripe confirmada: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal a gripe. Ver: [Metodología SIVIRA. ISCIII](#). Los datos notificados se actualizan cada semana, por lo que este valor puede variar en el próximo informe.

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 25/2023 la tasa de hospitalización por COVID-19 se sitúa en 0,74 casos por 100.000 habitantes (1,5 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de los mayores de 79 años (4,8 casos por 100.000 h).

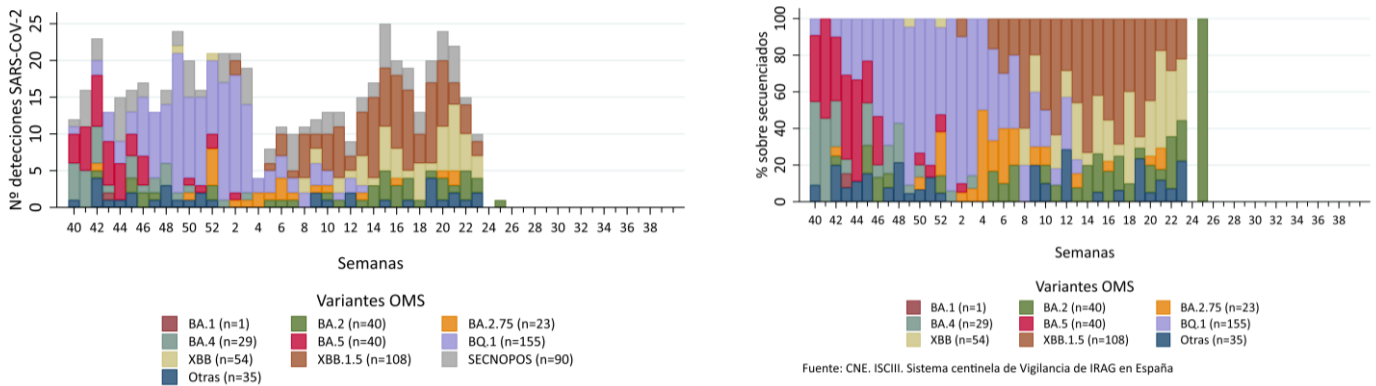
Figura 12. Tasa estimada de hospitalización por COVID-19*, global (A) y por grupos de edad (B) temporada 2022-23



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

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.



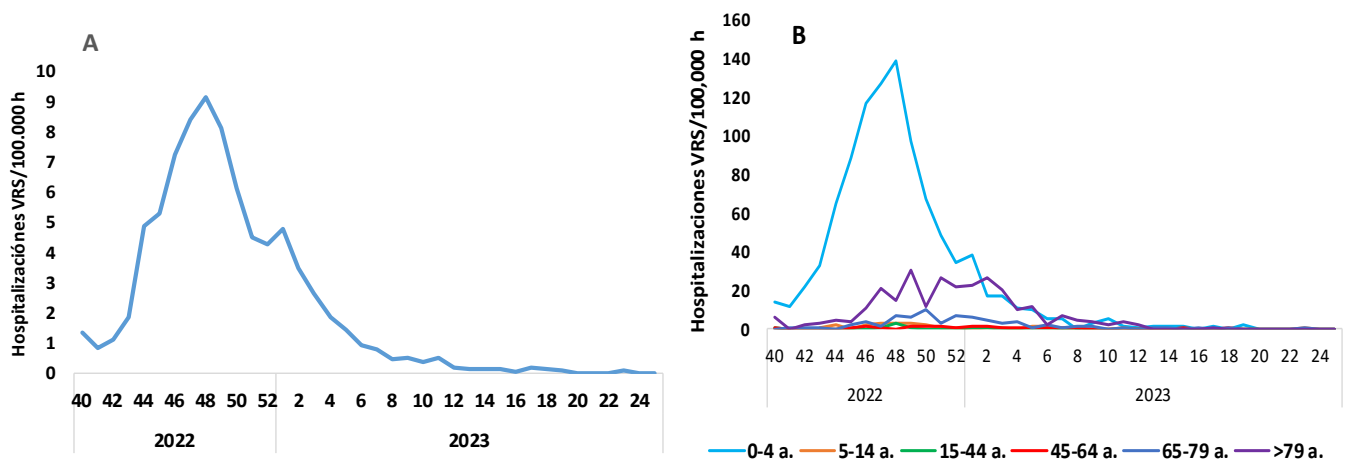
Desde el inicio de la temporada, un 47,5% de los casos (487) se han caracterizado. De ellos se han secuenciado un 84,2% de los casos (410), y el resto se han caracterizado mediante PCR o se desconoce. Entre los secuenciados se ha recibido información sobre código de GISAID de un 54,6% de los casos (224). La variante de SARS-CoV-2 identificada en mayor proporción en los casos de IRAG en hospitales son: BQ.1 (32%), XBB.1.5 (22%) y XBB (11%). Las variantes predominantes en las últimas semanas han sido XBB (40%) y XBB.1.5 (21%).

VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 25/2023, no se han notificado casos por VRS en hospitales.

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

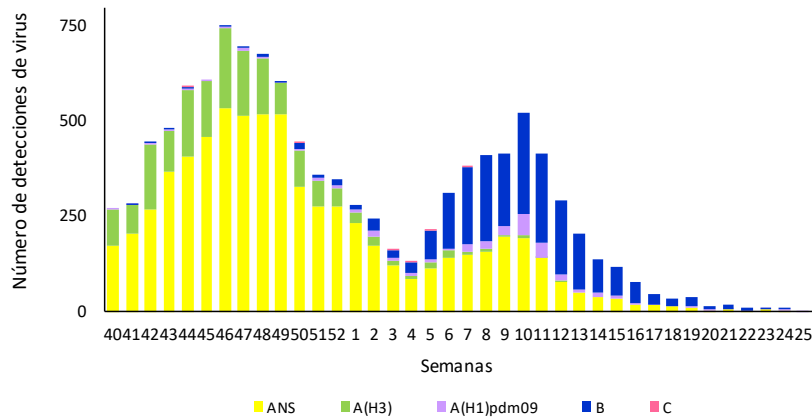


* Tasa de hospitalización por infección confirmada de VRS: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal VRS. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCI](#)

Vigilancia virológica no centinela de gripe

En la semana 25/2023 se han notificado 1 detecciones no centinela de gripe desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, C. Valenciana y La Rioja*. Entre ellas 1 de tipo A (1 A(H1)pdm09) (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 **806** virus de la gripe A(H3N2), 569 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, 234 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 **355** virus A(H1N1), 267 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 88 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 **357** 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 629 virus AH3, 307 virus AH1 y 291 virus B analizados ha evidenciado la identificación de las mutaciones I223R y H275Y en dos virus AH1 respectivamente, así como la mutación H273Y en un virus B. Estas tres mutaciones se han asociado previamente con resistencia a oseltamivir. 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

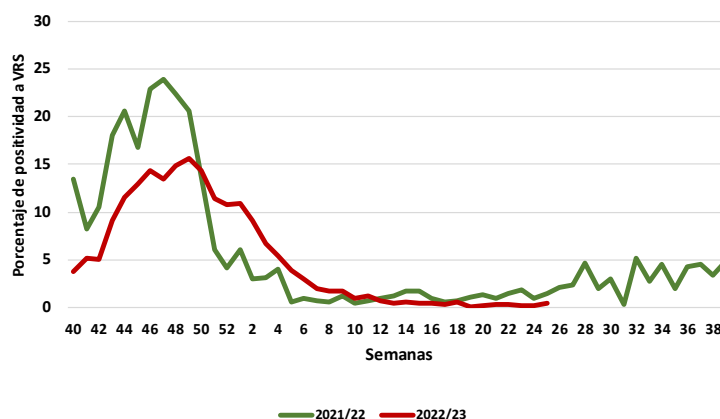
Desde el inicio de la temporada 2022-23 se han notificado 81 brotes de gripe, 20 en Andalucía, cuatro en Aragón, 13 en Castilla La Mancha, tres en Castilla y León, 30 en Cataluña, nueve en C. Valenciana, uno en Galicia y uno en Madrid. En el 98,7% de ellos se ha identificado el virus de la gripe tipo A [85% tipo A no subtipado, 10% de tipo A(H3N2), 4% de tipo A(H1N1)pdm09 y un 1% co-infección de tipo A(H3N2) y A(H1N1)pdm09], y en un 1,3% virus de la gripe B. 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. De los brotes un 74% se han producido en centros geriátricos, un 5% en colegios/guarderías, un 7% en instalaciones sanitarias y un 14% en otros centros. La mediana de edad de las personas afectadas en los centros geriátricos es de 86 años.

Vigilancia virológica no centinela de VRS

En la semana 25/2023 se han notificado 5 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Canarias, C. Valenciana y La Rioja*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, se sitúa en el 0,409% frente al 0,191% 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

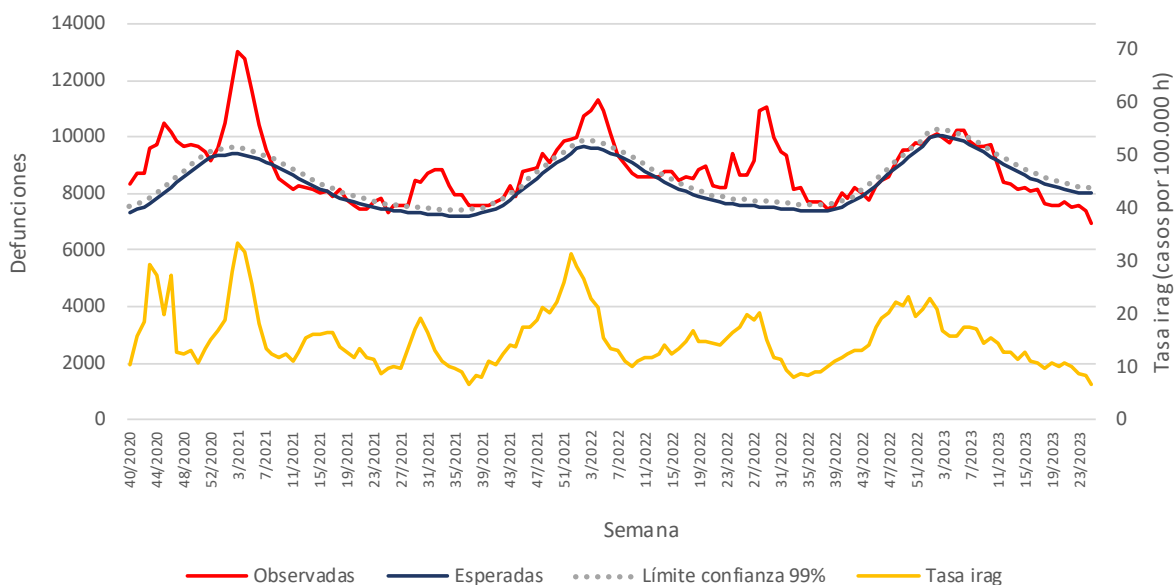


*Los datos notificados en semanas previas se actualizan cada semana, por lo que este valor puede variar en función de la semana de presentación de los informes.

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 17/2023 se han producido 214 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

Durante la temporada de verano, la vigilancia de gripe en Europa publicada en el **Flu News Europe** se actualizará cada cinco semanas. Próxima actualización 30 de junio (semana 21-25). Información adicional puede consultarse en: [Flu News Europe](#)

El porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras centinela en Atención Primaria y en muestras procedentes de IRAG en hospitales, en la región Europea de la OMS, se muestra en la figura 19 y 20 respectivamente.

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

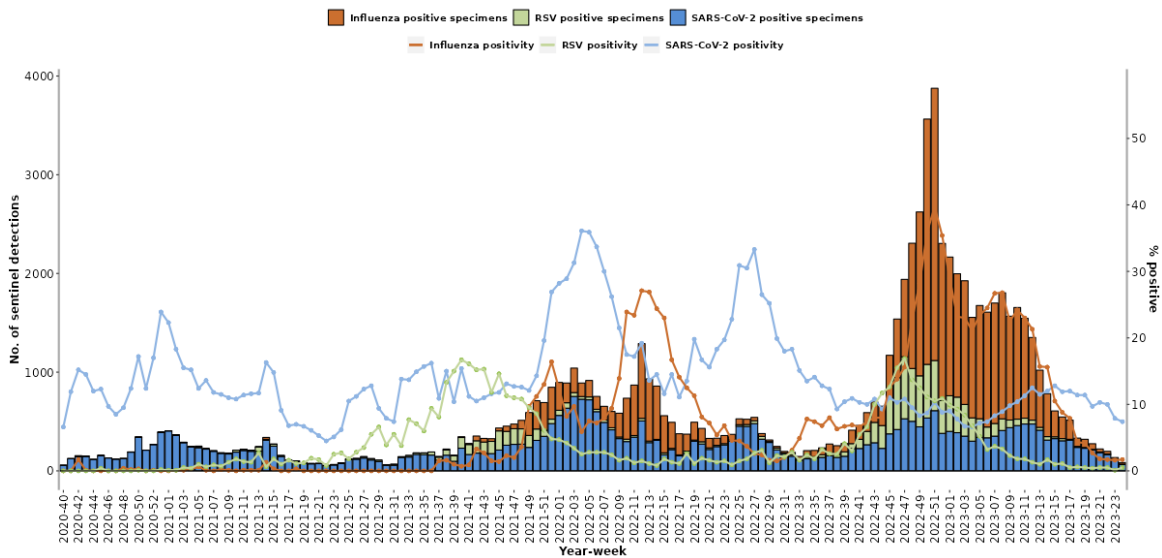
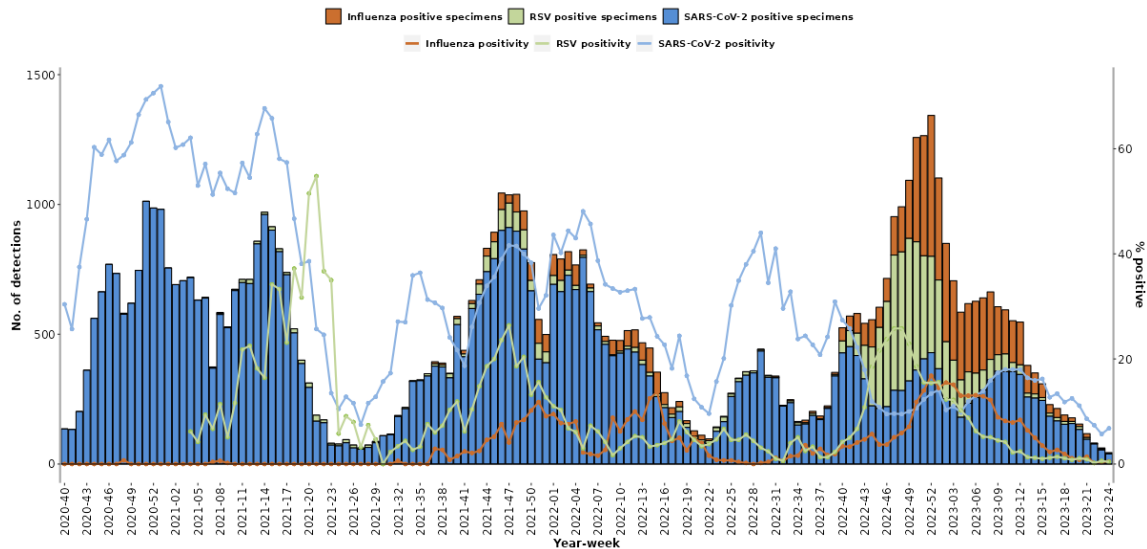


Figura 20. Número de detecciones y porcentaje de positividad a COVID-19, gripe y VRS en muestras de IRAG en hospitales. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC

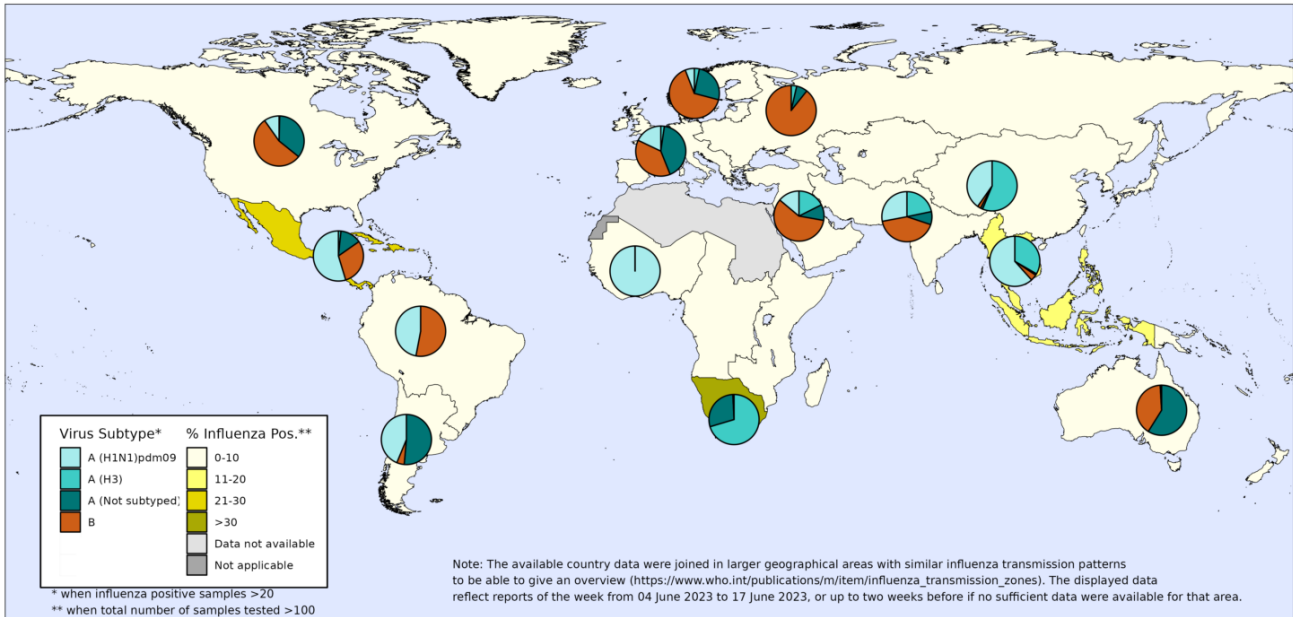


Información adicional puede consultarse en: [Joint ECDC-WHO Weekly COVID-19 Surveillance](#)

Situación en el mundo

Los laboratorios de la OMS del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Influenza (GISRS, por sus siglas en inglés), analizaron más de 262237 muestras entre el 29/05 y 11/06/2023. Durante ese período, un 63% de muestras resultaron positivas a virus de gripe A, siendo subtipificados un 74% como A(H1N1)pdm09 y un 26,4% como A(H3N2). De los virus de tipo B detectados para los que se determinó el linaje, todos pertenecían al linaje B/Victoria. (Datos informados el 23/06/2023).

Figura 21. Porcentaje de positividad de virus de la gripe a nivel mundial



The boundaries and names shown and the designations used on this map do not imply the expression of any opinion whatsoever on the part of the World Health Organization concerning the legal status of any country, territory, city or area or of its authorities, or concerning the delimitation of its frontiers or boundaries. Dotted and dashed lines on maps represent approximate border lines for which there may not yet be full agreement.

Data source: Global Influenza Surveillance and Response System (GISRS), FluNet (www.who.int/tools/fluNet)
Copyright WHO 2023. All rights reserved.



Información adicional puede consultarse en: [WHO influenza-update](#)

Canadá: [FluWatch weekly reports](#) | [Respiratory Virus Report](#)

EE. UU: [FluView-CDC](#) | [COVID Data Tracker Weekly Review](#)

Zoonosis

Infección en humanos por virus de gripe aviar

Recomendación para fortalecer la vigilancia de infecciones por el virus de la gripe aviar en entornos hospitalarios en la UE/EEE

La circulación y detección de gripe aviar en aves silvestres con contagio a poblaciones de mamíferos carnívoros silvestres, así como los brotes en granjas avícolas, muestran diferentes características epidemiológicas durante los meses de verano e invierno dependiendo de la temporada de aves migratorias. Se espera que la propagación de los virus de la influenza aviar, que causan una alta mortalidad de las aves, continúe durante los meses de verano. Esto conllevaría una mayor probabilidad de exposición de la población humana a aves y mamíferos enfermos o muertos (entre los grupos en riesgo se destaca el ocupacional, recreativo, etc).

Para identificar infecciones humanas graves esporádicas por el virus de la gripe aviar en entornos hospitalarios, se propone el siguiente enfoque:

- Preguntar a las personas ingresadas en hospitales con síntomas respiratorios sobre la exposición a aves (salvajes pájaros o aves de corral) u otros animales salvajes (vivos o muertos) en las dos semanas previas al ingreso.
- Considerar realizar pruebas para virus de gripe en pacientes hospitalizados con encefalitis viral inexplicable/meningoencefalitis sin el diagnóstico de agente etiológico.
- Todas las muestras positivas para gripe A de pacientes hospitalizados se deben subtipar para gripe estacional virus A(H1)pdm09 y A(H3).
- Las muestras positivas para el virus de gripe tipo A pero negativas para A(H1)pdm09 o A(H3) deben ser inmediatamente enviadas a los laboratorios nacionales de referencia de gripe para su posterior análisis y pruebas para detección de H5.

Más información en: [ECDC Enhanced-surveillance-severe-avian-influenza-virus-infections-hospital-settings](https://ecdc.europa.eu/en/enhanced-surveillance-severe-avian-influenza-virus-infections-hospital-settings)

Figura 22. Vigilancia Global de gripe aviar de importancia para la salud pública



Información adicional puede consultarse en: [Avian-Influenza-ECDC](https://www.ecdc.europa.eu/en/avian-influenza) | [Avian-Influenza-WHO](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/avian-influenza) | [Avian-Influenza-Report-HongKong\(chp.gov.hk\)](https://www.hk.gov.hk/chp/avian-influenza-report)

Infección humana por virus variantes de la gripe porcina A

Desde la última actualización no se han notificado nuevos casos. A nivel mundial, se han notificado 22 casos desde 2018, de los cuales cinco se notificaron en la UE/EEE: Austria (1 de 2021), Dinamarca (1 de 2019), Francia (1 de 2021) y Países Bajos (2 de 2018 y 2022). Fuera de UE/EEE, se han notificado casos en Canadá (3), Taiwán (3) Estados Unidos (10) y Brazil (1). Más información en: [Swine-influenza-ECDC](https://www.ecdc.europa.eu/en/swine-influenza) | [WHO-Disease-Outbreak-News](https://www.who.int/news-room/outbreaks/swine-influenza)

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Desde la última actualización no se han notificado nuevos casos. Desde abril de 2012, las autoridades sanitarias han notificado un total de 2.613 casos de MERS-CoV, incluidas 945 muertes en el mundo. Más información en: [MERS-CoV worldwide overview ECDC](https://www.ecdc.europa.eu/en/mers-cov-worldwide-overview) | [ECDC- Weekly threats reports \(CDTR\)](https://www.ecdc.europa.eu/en/weekly-threats-reports)

Sistemas y fuentes de información

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

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

Cita sugerida: Instituto de Salud Carlos III. Vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria (IRAs) y en Hospitales (IRAG) en España. Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios. Semana 24/2023. Nº 137. Del 19 al 25 de junio de 2023.