

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

Semana 52/2020 (21 - 27 de diciembre de 2020)

Nº 08. 30 de diciembre de 2020

Se ralentiza la disminución de la incidencia de Infección Respiratoria Aguda en atención primaria, mientras que se mantiene la ausencia de virus gripales

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 de la gripe
- Vigilancia de virus respiratorio sincitial (VRS)
- Excesos de mortalidad por todas las causas
- Información adicional de la gripe procedente de otras fuentes
- Vigilancia internacional de la gripe

Resumen

- En la semana 52/2020 no se notifican detecciones de virus de la gripe procedentes de los laboratorios que forman parte del SVGE. Desde el inicio de la temporada, Aragón notificó la detección de un virus A(H1N1)pdm09 no centinela en la semana 46/2020, y Castilla La Mancha la detección de tres virus de la gripe tipo B no centinela en la semana 49/2020.
- Ocho CCAA están trabajando en el establecimiento de la vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda (IRAs) en Atención Primaria y de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en hospitales y se irán incorporando progresivamente a la notificación habitual al SVGE.
- Andalucía, Cataluña y La Rioja han notificado al SVGE información sobre IRAs en Atención Primaria, con una tasa global de 153 casos de IRAs por 100.000 habitantes.
- Aragón, Castilla y León, Cataluña y Murcia han notificado al SVGE información sobre IRAG, con una tasa global de 10,7 casos de IRAG por 100.000 habitantes
- En la semana 52/2020 no se ha identificado ninguna detección de VRS entre las 29 muestras analizadas en Aragón y Galicia. Desde el inicio de la temporada se han identificado cinco detecciones de VRS entre las 1.780 muestras analizadas.
- El Sistema de Monitorización de Mortalidad Diaria (MoMo) estima que se han producido 2 periodos de exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional: del 10 de marzo al 09 de mayo y del 20 de julio al 20 de diciembre, con 44.599 y 26.464 defunciones en exceso, respectivamente. En ambos periodos el exceso de mortalidad se concentra en los mayores de 74 años.
- A nivel mundial, a pesar de un aumento en la frecuencia de diagnósticos de gripe en algunos países, la actividad gripal se mantiene en niveles más bajos de lo esperado para esta época del año. En la zona templada del hemisferio norte, la actividad gripal se mantiene en niveles de intertemporada, aunque se han notificado detecciones esporádicas de virus de la gripe en algunos países. En Europa, desde el inicio de la temporada, 390 de 148.868 muestras no centinela han sido positivas para gripe: 196 (50,3%) tipo A y 194 (49,7%) tipo B. De las 38 muestras tipo A subtipadas, 29 (76%) fueron A(H3) y 9 (24%) fueron A(H1)pdm09. Sólo 4 de los virus tipo B notificados hasta el momento han sido adscritos a linaje: 3 B/Victoria y uno B/Yamagata. El ECDC señala que la actividad gripal sigue siendo baja en la Región Europea de la OMS. Sin embargo, en el contexto de la pandemia de COVID-19, los datos de gripe presentados deben interpretarse con cautela, especialmente en términos de patrones estacionales.

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 esta temporada 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 pondrán en funcionamiento los siguientes sistemas de información:

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

Desde junio de 2020, el Centro Nacional de Epidemiología (CNE), en colaboración con el Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias (CCAES), está trabajando estrechamente con las CCAA para la implementación de ambas estrategias de vigilancia. Hasta el momento 8 CCAA ya están trabajando en el establecimiento de la vigilancia centinela de IRAs e IRAG. Cinco CCAA más han declarado el interés en su incorporación a la vigilancia centinela de IRAs (cuatro CCAA) y a la de IRAG (una CCAA).

La transición entre los sistemas de vigilancia tradicionales de gripe y la implantación de los nuevos para la vigilancia de IRA supone 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.

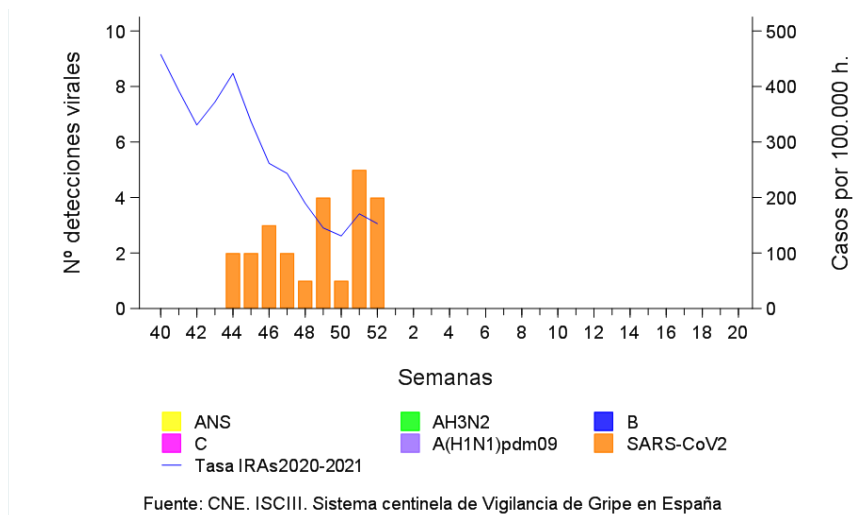
Más información sobre los sistemas y fuentes de información se puede consultar en el último apartado de este informe.

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

En la semana 52/2020 Andalucía, Cataluña y La Rioja han notificado al SVGE información sobre IRAs. La tasa global en la semana 52/2020 es de 153 casos de IRAs por 100.000 habitantes (170 casos por 100.000 h en la semana 51/2020) (Figura 1).

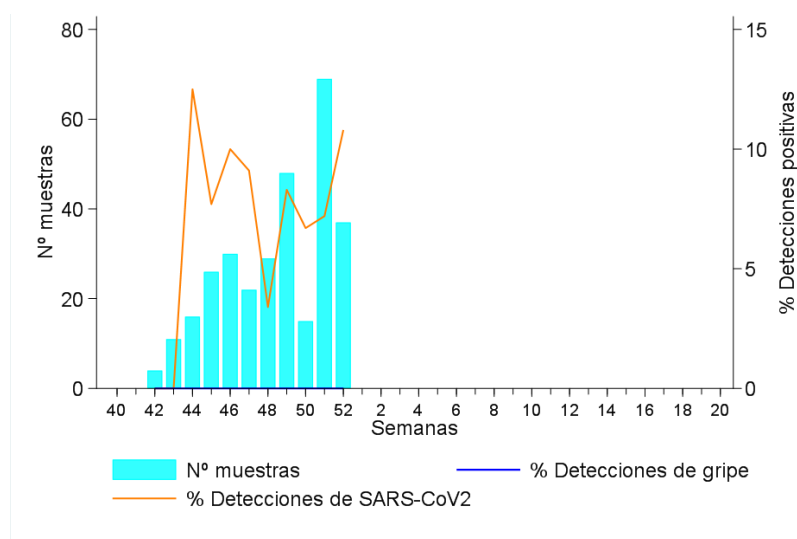
Figura 1. Tasas de incidencia semanal de IRAs y nº de detecciones SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



De las 37 muestras centinelas analizadas esta semana, 4 han sido positivas a SARS-CoV-2 (10,8% vs 7,2% en la semana previa) y ninguna a virus gripales (Figura 2).

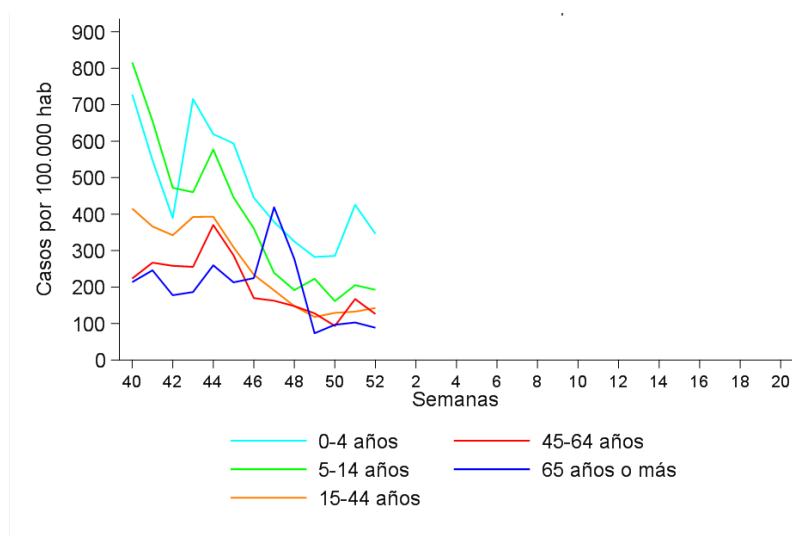
Desde que se ha iniciado la temporada se han analizado 307 muestras de IRAs en las que se han identificado 24 (7,8%) virus SARS-CoV-2 y ningún virus gripal.

Figura 2. Muestras centinela analizadas y porcentaje de positividad para SARS-CoV-2 y gripe. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



Por grupos de edad, las tasas semanales de IRAs son mayores en el grupo de menores de 15 años, por encima de las observadas en adultos jóvenes y de 65 años o más años. Esta semana, las mayores tasas de incidencia se observan en el grupo de 0 a 4 años (345 casos/100.000 h) seguida por la del grupo de 5 a 14 años (192 casos/100.000 h). Respecto a la semana previa, se observa un incremento de las tasas en el grupo de 15 a 44 años, aunque el aumento no es estadísticamente significativo (Figura 3).

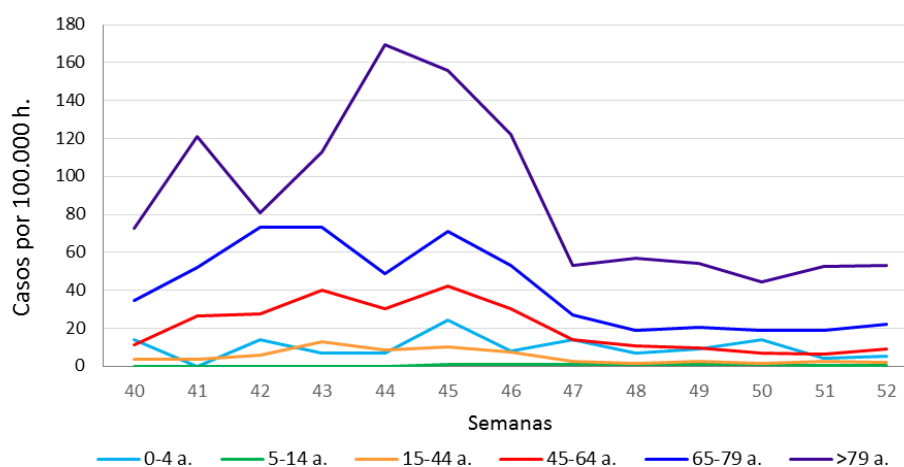
Figura 3. Tasas de incidencia semanal de IRAs por grupo de edad. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



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

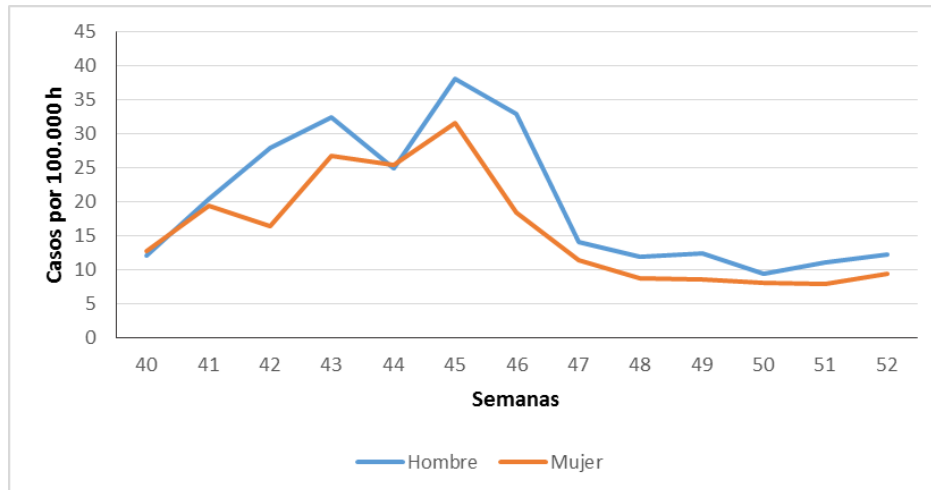
En la semana 52/2020 Aragón, Castilla y León, Cataluña y Murcia han notificado al SVGE información sobre IRAG. La tasa global es de 10,7 casos de IRAG por 100.000 habitantes vs 9,4 /100.000 habitantes en la semana previa. Las mayores tasas de incidencia se observan en el grupo de mayores de 79 años (53,2 casos / 100.000 h), seguido del grupo de 65 a 79 años (22,2 casos/ 100.000 h) (Figura 4). Respecto a la semana previa, se observa un ligero ascenso de las tasas en todos los grupos de edad, aunque no es estadísticamente significativo.

Figura 4. Tasas de incidencia semanal de IRAG por grupo de edad. Sistema centinela. Temporada 2020-21. España



Por sexo, las tasas son ligeramente superiores en hombres que en mujeres: 12,2 casos por 100.000h en hombres vs 9,3 en mujeres (Figura 5)

**Figura 5. Tasas de incidencia semanal de IRAG por sexo.
Sistema centinela. Temporada 2020-21. España**



El porcentaje de positividad a SARS-CoV-2 es 59% (vs 55% y 67% en las dos semanas previas).

Entre los casos de IRAG confirmados de COVID-19, el mayor porcentaje (40%) se da entre 45-64 años, seguido del 65-79 (29%) y >79 años (19%).

El 74% desarrollaron neumonía, el 11% ingresaron en UCI y el 11,3% tuvieron una evolución fatal. Entre los factores de riesgo y enfermedades de base destacan la HTA (50%), enfermedad metabólica (43%), obesidad (32%) y enfermedad cardiovascular (28%). Un 37% son fumadores o exfumadores (<= 1 año). Un 36% recibieron la vacuna antigripal de esta temporada.

Vigilancia virológica de la gripe

En la semana 52/2020 no se notifican detecciones de virus de la gripe procedentes de los laboratorios que forman parte del SVGE.

Desde el inicio de la temporada, Aragón notificó la detección de un virus A(H1N1)pdm09 no centinela en la semana 46/2020, y Castilla La Mancha la detección de tres virus de la gripe tipo B no centinela en la semana 49/2020.

Vigilancia del virus respiratorio sincitial (VRS)

En la semana 52/2020 no se ha identificado ninguna detección de VRS entre las 29 muestras analizadas en Aragón y Galicia*.

Desde el inicio de la temporada se han identificado cinco detecciones de VRS entre las 1.780 muestras analizadas.

*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.

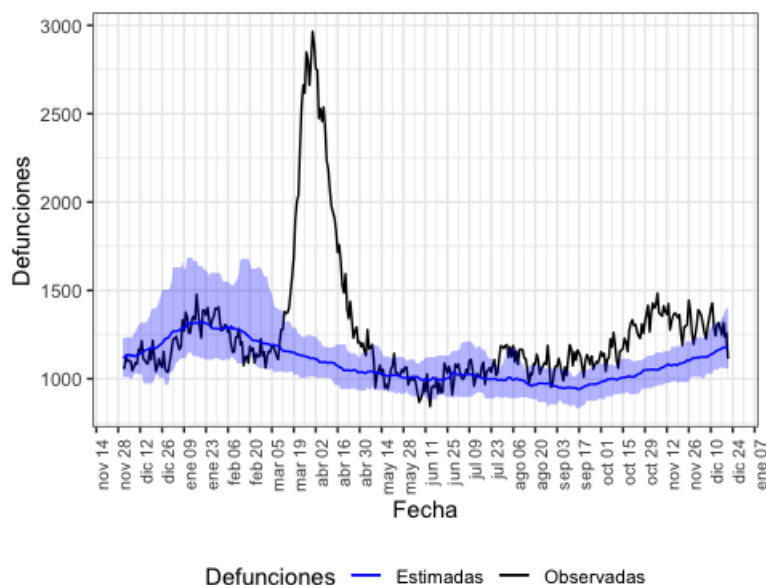
Excesos de mortalidad por todas las causas

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 3.929 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.

Los resultados obtenidos con MoMo estiman que se han producido 2 periodos de exceso de mortalidad por todas las causas a nivel nacional: del 10 de marzo al 09 de mayo y del 20 de julio al 20 de diciembre, con 44.599 y 26.464 defunciones en exceso, respectivamente. En ambos periodos el exceso de mortalidad se concentra en los mayores de 74 años y es mayor en mujeres que en hombres.

Para más información, consultar [aquí](#) y en [Panel MoMo](#)

Figura 6. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. España, diciembre 2019 hasta 21 de diciembre de 2020



Información adicional de gripe procedente de otras fuentes

Una revisión de las páginas WEB de Vigilancia Epidemiológica de las CCAA en la semana 51/2020 indica que no se han notificado muestras positivas para gripe.

Previamente en la semana 46/2020, en Aragón, a través del Sistema de Información Microbiológica (SIM), se notificó la primera detección de virus de gripe de la temporada, con subtipo A(H1N1)pdm09. Posteriormente, en la semana 50/2020 en Navarra se notificó una muestra positiva para virus de la gripe A, no subtipado.

Situación en Europa

Para la Región Europea de la OMS en general, la actividad gripal se mantiene en niveles de inter-temporada.

En la semana 51/2020, de 786 muestras centinela testadas para gripe en Europa, ninguna fue positiva. Desde el inicio de la temporada, de 11.060 muestras centinela enviadas, siete fueron positivas: 2 tipo A y 5 tipo B.

En esta semana 51/2020, 15 muestras no centinela han sido positivas para gripe, 7 tipo A y 8 tipo B. Desde el inicio de la temporada, 390 de 148.868 muestras no centinela han sido positivas para gripe: 196 (50,3%) tipo A y 194 (49,7%) tipo B. De las 38 muestras tipo A subtipadas, 29 (76%) fueron A(H3) y 9 (24%) fueron A(H1)pdm09. Sólo 4 de los virus tipo B notificados hasta el momento han sido adscritos a linaje: 3 B/Victoria y uno B/Yamagata. El resto no están adscritos a ningún linaje concreto.

En esta semana no se han notificado al ECDC casos de gripe confirmados por laboratorio ingresados en UCI ni casos hospitalizados en otras unidades.

ECDC señala que la pandemia de COVID-19 generó una disrupción de la atención médica y la capacidad de la realización de pruebas en la Región Europea de la OMS que afectó negativamente en la notificación de datos epidemiológicos y virológicos al final de la temporada 2019-20. En absoluto es extraño que la actividad gripal sea baja en esta época del año. Sin embargo, como la pandemia de COVID-19 continúa, los datos de gripe presentados deben interpretarse con cautela, especialmente en términos de patrones estacionales. Para más información consultar [ECDC](#)

Situación en el mundo

Igualmente, la OMS en su informe señala también que los actuales datos de vigilancia de la gripe deben interpretarse con cautela ya que la pandemia de COVID-19 en curso ha influido en los comportamientos para solicitar asistencia médica, la dotación de personal / rutinas en los sitios centinela, así como las prioridades y la capacidad de la realización de pruebas en los Estados Miembros. Las diferentes medidas de higiene y distanciamiento social implementadas por los Estados Miembros para reducir la transmisión del virus SARS-CoV-2 probablemente hayan contribuido a reducir la transmisión del virus de la gripe.

A nivel mundial, a pesar de la continuidad en la realización de pruebas para gripe, incluso con frecuencia aumentada en algunos países, la actividad gripal se mantuvo en niveles más bajos de lo esperado para esta época del año. En la zona templada del hemisferio norte, la actividad gripal se mantuvo en niveles de intertemporada, aunque se han notificado detecciones esporádicas de virus de la gripe, tanto tipo A como tipo B, en algunos países. En la zona templada del hemisferio sur, no se ha notificado ninguna detección de gripe en los distintos países. En el Caribe y América Central, se notificaron algunas detecciones esporádicas de virus tipo B. En el sur de Asia, continúan notificándose detecciones virales en Afganistán y la India. En Sudeste Asiático, se siguieron notificando detecciones de gripe, principalmente A(H3N2), en la República Democrática Popular Lao (PDR). A nivel mundial, los virus tipo A y tipo B se detectaron en proporciones similares.

Según datos de FluNet, del 23 de noviembre al 6 de diciembre de 2020 se registraron 385 detecciones de virus gripales en 204.150 muestras analizadas. El 49,1% fueron virus tipo A y el 50,9% virus B. De los virus A subtipados, el 81% fueron A(H3N2) y el 19% A(H1N1)pdm09. De los virus B caracterizados, el 90% pertenecían al linaje Victoria y el 10% al linaje Yamagata. Para más información consultar el último informe publicado por la [OMS](#) el 21 de diciembre de 2020.

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

Desde la última actualización del 23 de octubre de 2020, el Ministerio de Salud de la República Democrática Popular (RDP) de Lao informó el 31 de octubre de un caso humano de infección por un virus de la gripe aviar A(H5N1). Se trata de una niña de un año que desarrolló síntomas (fiebre, tos productiva y dificultad respiratoria), fue hospitalizada, y evolucionó favorablemente. El caso se detectó a través de la vigilancia centinela de la infección

respiratoria aguda grave (SARI). No se detectaron nuevos casos entre los contactos. En su residencia había aves de corral nacionales, y no existían antecedentes de viaje de la familia en los 14 días previos a la aparición de los síntomas en el caso. Este es el tercer caso humano de virus de la gripe aviar A(H5N1) notificado por la RDP de Lao desde 2005. Los dos casos previos, que fallecieron, se notificaron en 2007.

Desde la última actualización se ha notificado a la OMS un nuevo caso humano de infección por el virus de la gripe A(H5N6) confirmado por laboratorio. El caso fue notificado el 1 de diciembre de 2020 por China. Se trata de una mujer de 81 años de la provincia de Jiangsu, que presentó síntomas el 16 de noviembre de 2020. Fue ingresada en el hospital el 21 de noviembre y falleció el 27 de noviembre. La investigación indicó que la fuente más probable de contagio fue la exposición a aves de corral compradas en un mercado de aves vivas. No se habían detectado otros casos entre los contactos del caso en el momento de la notificación.

Desde 2014, China ha notificado a la OMS un total de 25 casos confirmados por laboratorio de infección humana por el virus de la gripe A(H5N6).

Según los informes recibidos por la Organización Mundial de Sanidad Animal (OIE), se siguen detectando varios subtipos de la gripe A(H5) en aves de África, Europa y Asia.

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

No ha habido informes disponibles públicamente de las autoridades de salud animal en China u otros países sobre la detección del virus de la gripe A(H7N9) en animales en los últimos meses.

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

Desde la última actualización del 10 de julio de 2020, el 28 de agosto de 2020, China notificó a la OMS un nuevo caso humano confirmado por laboratorio de infección por el virus de la gripe A(H9N2). Se trata de una niña de 4 años de la provincia de Guangdong, China, que tuvo exposición a las aves de corral domésticas. La paciente fue muestreada como parte de la vigilancia de rutina de enfermedades similares a la gripe, fue hospitalizada y evolucionó favorablemente. No se detectaron más casos entre los miembros de la familia en el momento de la notificación. 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.

China notificó a la OMS un caso humano confirmado por laboratorio de infección por el virus de la gripe A(H9N2) el 18 de octubre de 2020, caso que no se había incluido en la anterior actualización de la OMS. La infección se detectó en una niña de 3 años de la provincia de Guangdong, China. La niña había estado expuesta a aves de corral. Desarrolló síntomas leves el 12 de octubre y fue ingresada en un hospital el mismo día. Se tomaron muestras como parte de la vigilancia de rutina de síndrome gripal, y no se detectaron más casos entre los miembros de la familia hasta el momento de la notificación.

Los virus de la influenza aviar A (H9N2) son enzoóticos en las aves de corral en Asia y se notifican cada vez más en las aves de corral en África.

Infección humana por el virus de la gripe A(H1N2)v

El 4 de noviembre de 2020, el gobierno de Alberta, Canadá, informó de una infección humana por una variante del virus de la gripe A(H1N2) de origen porcino, el virus A(H1N2)v. Este es el primer caso humano notificado por el virus A(H1N2)v en Canadá, y también es el primer caso de gripe detectado esta temporada en Alberta (2020/2021).

El caso desarrolló síntomas leves similares a los de la gripe a mediados de octubre de 2020, se le realizaron pruebas de COVID-19 y de gripe, y se recuperó rápidamente. Se están realizando investigaciones epidemiológicas, zoonosológicas y virológicas. No se detectaron más casos entre los contactos cercanos, y no existen vínculos con mataderos, según la información disponible a 19 de noviembre de 2020.

Infección humana por el virus de la gripe A(H1N1)v

Desde la última evaluación, en septiembre Holanda notificó un caso de infección humana por el virus de la gripe A(H1N1)v de origen porcino. La infección se detectó en un trabajador de 43 años que desarrolló un síndrome gripal el 25 de septiembre de 2020. Se tomaron muestras de este trabajador, otro trabajador sintomático y de cerdos de la granja en la que trabajaban, y que presentaban sintomatología, detectándose el virus tipo A en las muestras. La caracterización antigénica y genética indicó que eran virus porcino similar al virus aviar A(H1N1) de Eurasia. Las secuencias del genoma completo de los virus aislados en el trabajador y en los cerdos eran casi idénticas. El trabajador se recuperó sin problemas. No tenía antecedentes de viajes recientes, no había visitado ferias

comerciales y no había comprado nuevos animales antes de su enfermedad. Dos contactos del trabajador tenían una enfermedad similar a la gripe previamente, pero no se tomaron muestras.

Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse [aquí](#).

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 muestra respiratoria 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;
- 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 enviarán 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

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>

epidemia gripal y de la pandemia de COVID-19 en España en términos de tasas de hospitalización por gripe y COVID-19 por grupos de edad.

Vigilancia de la mortalidad diaria por todas las causas

Para cuantificar el impacto de la gripe y SARS-CoV-2 en la mortalidad de la población se pueden utilizar modelos matemáticos que estiman el exceso de mortalidad en periodos de actividad gripal o de otros virus respiratorios. Una aproximación oportuna, aunque inespecífica, es la utilización de mortalidad por todas las causas como se realiza con el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo) a nivel nacional, cuyos resultados se pueden incluir oportunamente en los informes de la vigilancia de las IRAs. A nivel europeo una información similar se obtiene en la red EuroMOMO, que incluye datos de España y se publica semanalmente en <http://www.euromomo.eu/>. Durante la temporada 2019-20 el Sistema MoMo en España incluyó las defunciones por todas las causas registradas en 3.893 registros civiles informatizados, que representan el 93% de la población española. El modelo predictivo desarrollado por MoMo se basa en un modelo restrictivo de medias móviles con las series históricas de los diez años previos al actual

Brotos de gripe

Se recomienda realizar la investigación de brotes de gripe en situaciones que pudiesen requerir actuaciones especiales de Salud Pública, como es el caso de residencias geriátricas con altas coberturas de vacunación antigripal o brotes en instituciones sanitarias. También cuando el brote de lugar a presentaciones graves de gripe o se haya determinado una discordancia importante entre las cepas de gripe circulantes y vacunales. En estos casos se deben notificar los brotes de gripe al CNE, de los que se informará oportunamente en el informe semanal de vigilancia de gripe del SVGE.

Circuito de transmisión de la información

La información recogida será introducida semanalmente por cada CA en una aplicación informática vía Internet (<http://vgripe.isciii.es>) y estará disponible en el nivel central tras la finalización de cada semana epidemiológica. En el Centro Nacional de Epidemiología (CNE) se realizará el registro, consolidación, explotación y análisis de los datos a nivel nacional. Así mismo, se elaborará semanalmente el informe de vigilancia de la gripe y otros virus respiratorios, en colaboración con el CNM. El informe se difundirá semanalmente a todos los integrantes del sistema y autoridades sanitarias y se publicará el jueves de cada semana en la parte pública de la Web del [SVGE](#), así como en la Web del [ISCIII](#). Así mismo se publicarán [informes de situación y de evaluación de riesgo](#) antes del pico de la epidemia gripal, e [informes anuales](#) que recogen la evolución de la gripe y otros virus respiratorios en cada temporada de vigilancia. Los datos a nivel nacional se enviarán semanalmente al ECDC y a la Oficina Regional Europea de la OMS (<http://flunewseurope.org/>) para participar en la vigilancia internacional, lo que contribuye a la formulación de recomendaciones y la adopción de medidas para el control.

Vigilancia internacional

Para contextualizar la situación en España a nivel internacional cada semana se resume la información ofrecida tanto por otras fuentes en nuestro país, como europeas y del resto del mundo:

- Ministerio de Sanidad:
<https://www.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):
http://www.who.int/influenza/surveillance_monitoring/updates/latest_update_GIP_surveillance/en/
- 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/>

- Australia:
<http://www.health.gov.au/internet/main/publishing.nsf/Content/cda-surveil-ozflu-flucurr.htm>
- Nueva Zelanda:
<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)

Nota informativa: la suscripción a la lista de distribución del Informe semanal de vigilancia de gripe se puede realizar en la página del SVGE. Las personas suscritas recibirán periódicamente el informe publicado los jueves de cada semana, durante el periodo habitual de vigilancia, y cada dos semanas en el periodo estival. La suscripción se puede realizar a través del siguiente enlace [SVGE](#), en el apartado de “Informes semanales”.

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: CNE-VIGILANCIA-GRIPE@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) Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios en España. Semana 52/2020. Nº 08. 30 de diciembre de 2020.