

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

Semana 51/2022 (del 19 al 25 de diciembre de 2022)

Nº 111. 28 de diciembre de 2022

Aumenta la incidencia de gripe en Atención Primaria en los menores de 5 años.

Aumenta la tasa de hospitalización por gripe y VRS en mayores de 79 años

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	4
COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs	5
VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs.....	5
Hospitales.....	6
Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG	7
COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG.....	7
VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG.....	8
Vigilancia virológica no centinela de gripe.....	8
Caracterización virus de la gripe. Temporada 2022-23.....	9
Brotos de gripe	9
Vigilancia virológica no centinela de VRS.....	9
Excesos de mortalidad por todas las causas	10
Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios.....	11
Situación en Europa	11
Situación en el mundo.....	13
Sistemas y fuentes de información	16

Resumen

- La tasa global de IRAs en la semana 51/2022 se sitúa en 800,1 casos de **IRAs** por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAs a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 9,9%, 26,7% y 11,6% respectivamente. Aumentan las tasas de síndrome gripal en los menores de 15 años y disminuyen ligeramente las tasas de bronquiolitis en los menores de 5 años.
- **La tasa de gripe en Atención Primaria** disminuye desde la semana previa y se sitúa en 213,4 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe se dan en el grupo de 0-4 años.
- **La tasa de COVID-19 en Atención Primaria** disminuye y se sitúa en 79,4 casos por 100.000 habitantes. Por grupos de edad, las mayores tasas de COVID-19 se dan en el grupo de 45-64 años.
- **La tasa de VRS en Atención Primaria** disminuye desde la semana previa y se sitúa en 92,9 casos por 100.000 habitantes. Por grupo de edad, las mayores tasas de VRS se dan en el grupo de 0-4 años.
- En la semana 51/2022 la tasa global de **IRAG** se sitúa en 19,3 casos por 100.000 habitantes. El porcentaje de positividad de IRAG a SARS-CoV-2, gripe y VRS es de 12,7%, 17,1% y 22,1%, respectivamente.
- Se estima una **tasa de hospitalización por gripe** de 3,3 casos hospitalizados por gripe por 100.000 habitantes, que disminuye desde la semana previa. Por grupo de edad, las mayores tasas de gripe se han observado en el grupo de 79 o más años de edad.
- Se estima una **tasa de hospitalización por COVID-19** de 2,4 casos hospitalizados por COVID-19 por 100.000 habitantes, que disminuye desde la semana previa. Por grupo de edad, las mayores tasas de COVID-19 se han observado en los mayores de 79 años.
- Se observa una disminución en la positividad a VRS en tanto en Atención Primaria como en hospitales y en el sistema no centinela. Disminuye la tasa de hospitalización por VRS en todos los grupos de edad excepto en los mayores de 79 años.

Vigilancia sindrómica

IRAs en Atención Primaria

Al inicio de la temporada 2022-23, todas las CCAA han notificado información sobre IRAs. En la semana 51/2022 la tasa global es 800,0 casos de IRAs/100.000 h (882,3 casos/100.000 h. en la semana previa). Las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (2.835,7 casos/100.000 h). Por sexo, las tasas son superiores en mujeres que en hombres (891,1 vs 705,2 caso/100.000 h). La evolución de las tasas de IRAs por CCAA desde la semana 46/2002 se presenta en la tabla 1.

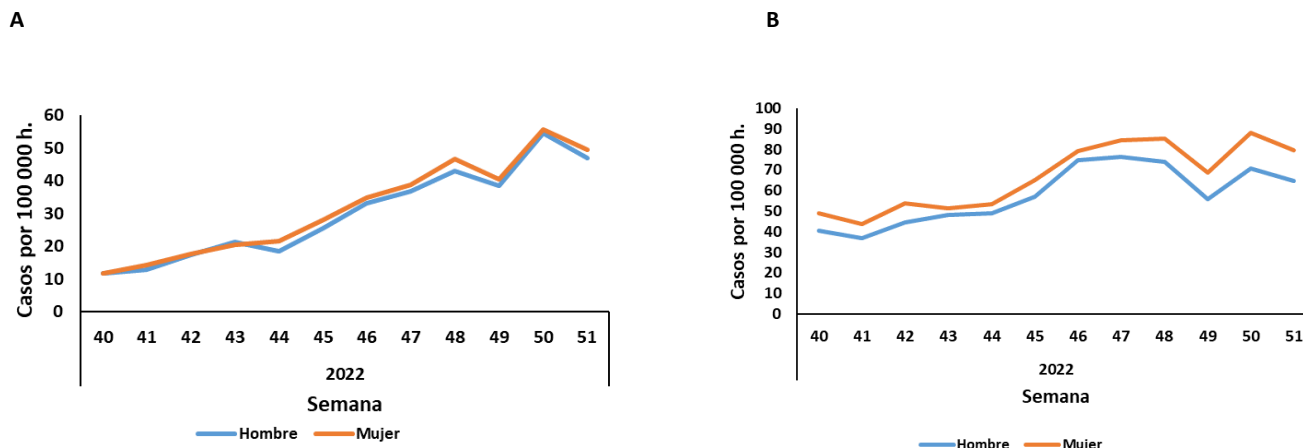
Tabla 1. Evolución de las tasas de incidencia de IRAs por comunidad autónoma en las últimas seis semanas. Temporada 2022-23

Comunidad Autónoma	Semana 46	Semana 47	Semana 48	Semana 49	Semana 50	Semana 51
Andalucía	470,2	529,4	556,4	318,7	512,8	486,6
Aragón	1209,6	1159,5	1181,5	884,0	1209,9	1205,9
Asturias	1139,5	1061,3	1056,5	867,3	1082,3	1013,2
Balears	258,5	286,4	308,4	294,5	354,0	344,0
Canarias	884,1	915,0	865,4	647,7	779,4	807,5
Cantabria	746,7	1032,3	1151,4	994,9	1262,5	1172,6
Castilla-La Mancha	1158,8	1225,0	1296,0	1197,7	1403,1	1343,8
Castilla y León	1036,7	940,2	921,3	883,9	907,2	907,4
Cataluña	845,6	917,1	978,1	810,5	979,8	858,1
C. Valenciana	1225,3	1336,6	1404,3	1155,8	1404,5	1300,3
Extremadura	570,4	484,8	511,3	335,2	547,2	460,2
Galicia	488,2	451,3	412,1	344,5	454,1	418,9
Madrid	878,4	754,5	805,9	558,2	838,9	780,2
Murcia	958,6	1081,7	1207,9	790,3	1109,7	1003,5
Navarra	704,2	803,6	794,4	660,7	900,8	-
País Vasco	540,2	582,1	609,3	403,7	629,9	561,9
La Rioja	1112,6	1185,8	1240,9	864,8	1320,1	1147,6
Ceuta	945,3	1006,6	1086,4	578,1	830,6	716,5
Melilla	1423,7	1498,7	1495,0	1001,3	1443,2	1307,7
Nacional	812,6	833,7	869,3	669,9	872,7	800,0

*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

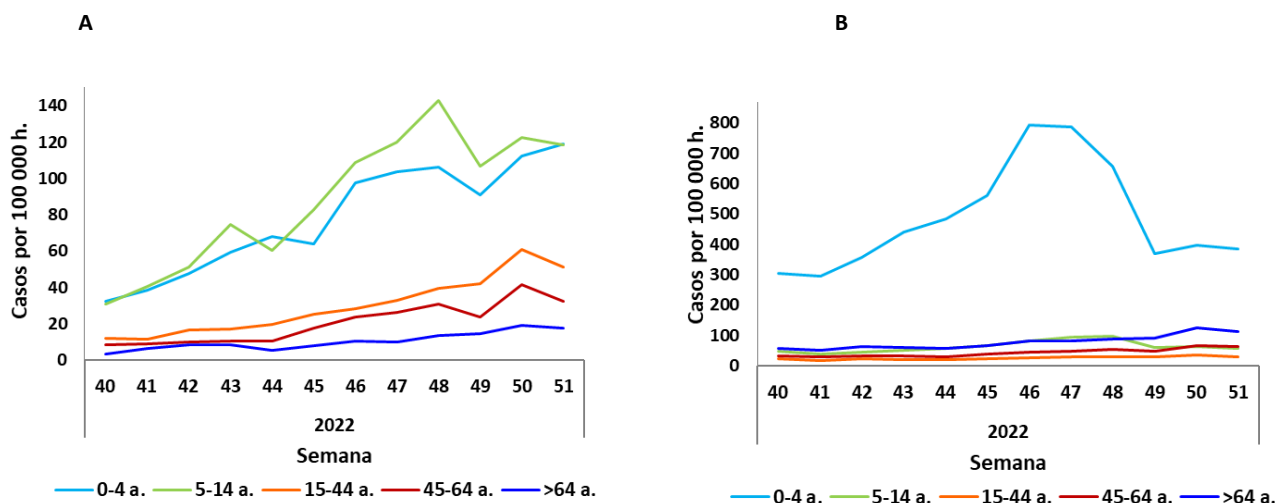
Figura 1. Tasas de síndrome gripal (A) y Bronquiolitis/bronquitis agudas/IRA de tracto inferior/Infección pulmonar aguda (B) en Atención Primaria, por sexo. Temporada 2022-23



(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 51/2022 la tasa global de IRAG es de 19,3 casos/100.000 h (23,5 casos/100.000 h en la semana previa). Las mayores tasas de incidencia se observan en los mayores de 79 años (112,4 vs 135,1 casos/100.000 h en la semana previa). Por sexo, la incidencia es 20,1 y 18,6 casos/100.000 h en hombres y en mujeres, respectivamente. La evolución de las tasas de IRAG por CCAA desde la semana 46/2002 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	Semana 46	Semana 47	Semana 48	Semana 49	Semana 50	Semana 51
Andalucía	17,4	22,3	24,6	21,5	23,8	15,0
Aragón	24,4	24,5	21,5	21,0	21,3	18,5
Asturias	27,8	19,4	25,1	25,8	25,1	22,1
Baleares	17,5	18,1	19,6	23,0	18,2	19,9
Canarias	11,5	13,7	10,5	11,6	12,2	7,7
Cantabria	-	-	-	-	-	-
Castilla-La Mancha	25,5	24,8	29,2	34,1	35,0	29,9
Castilla y León	19,0	20,2	19,1	21,1	26,8	20,2
Cataluña	9,6	12,5	11,3	12,4	14,9	15,7
C. Valenciana	25,7	19,2	28,8	26,2	27,9	27,2
Extremadura	29,5	27,9	31,4	34,2	34,1	33,2
Galicia	17,6	16,3	19,5	17,4	21,8	15,8
Madrid	25,2	28,5	28,4	27,0	28,4	25,8
Murcia	21,7	22,5	25,6	24,3	22,3	-
Navarra	-	-	-	-	-	-
País Vasco	19,7	20,1	24,4	28,7	26,6	21,3
La Rioja	21,3	23,9	30,5	25,9	25,8	32,0
Ceuta	-	2,5	-	-	8,7	-
Melilla	20,0	27,5	18,7	18,7	18,2	-
Nacional	19,3	20,4	22,3	22,0	23,5	19,3

*Tasas de hospitalización 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

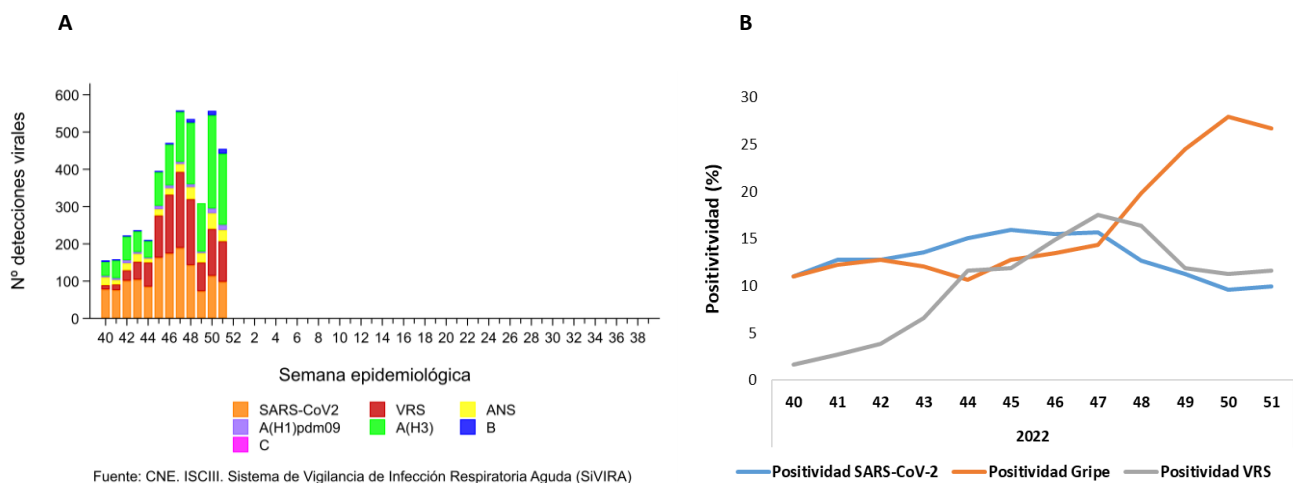
Vigilancia centinela de gripe, COVID-19 y VRS

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*	987	98	9,9	10746	1398	13,0
Gripe*	986	263	26,7	10748	1839	17,1
VRS*	939	109	11,6	10211	1131	11,1

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



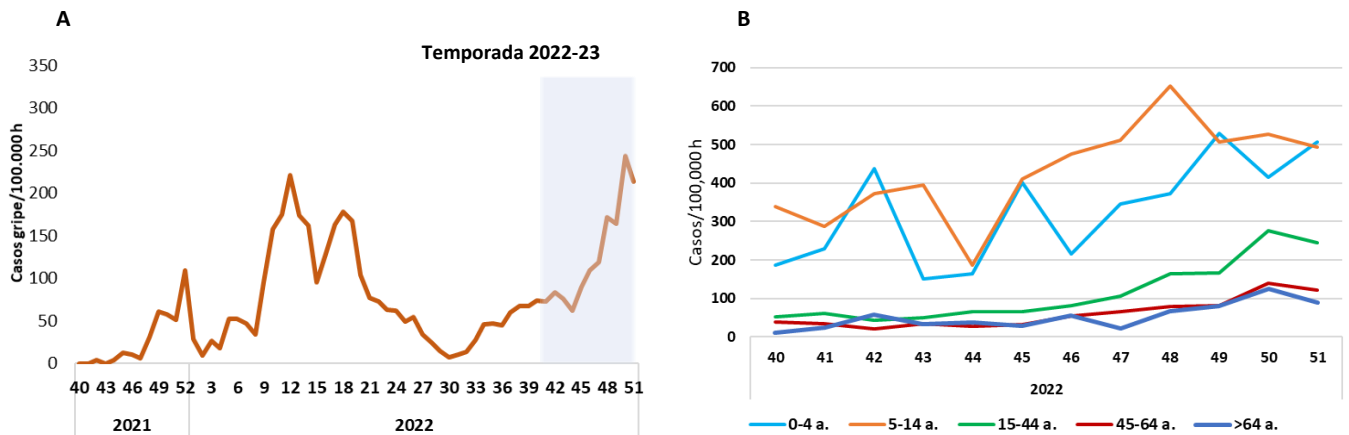
Desde el inicio de la temporada se han notificado 1.839 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAs, entre ellas 1.678 tipo A [268 A no subtipado, 1.324 A(H3) y 86 A(H1)pdm09] 51 de tipo B.

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, sintomático y de selección sistemática. Hasta el momento, con la información procedente de Andalucía, Asturias, Baleares, Cantabria, Castilla y León, Cataluña, Comunidad Valenciana, Extremadura, Madrid, Ceuta y Melilla.

En la semana 51/2022 la tasa de gripe en Atención Primaria se sitúa en 213,4 casos por 100.000 h (243,9 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de gripe se dan en el grupo de 0-4 años (507,4 casos por 100.000 h).

Figura 4. Tasa estimada de gripe*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad, (B) temporada 2022-23

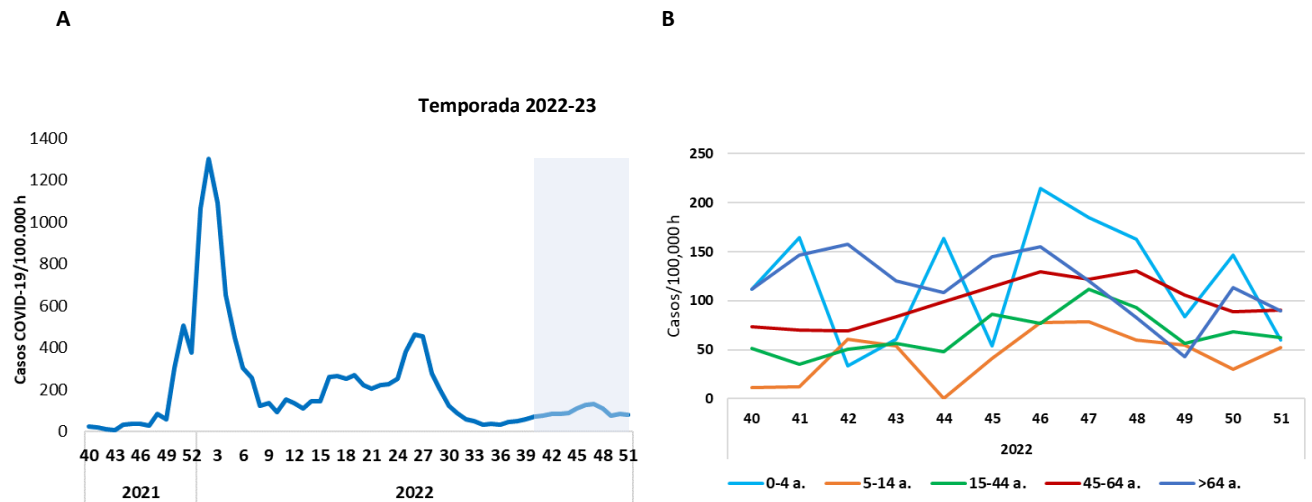


* Tasa de gripe confirmada: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a gripe. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCI](#)

COVID-19 en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

En la semana 51/2022 la tasa de COVID-19 en Atención Primaria se sitúa en 79,4 casos por 100.000 h (83,7 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en el grupo de 45- 64 años (90,0 casos por 100.000 h).

Figura 5. Tasa estimada de COVID-19*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad, (B) temporada 2022-23

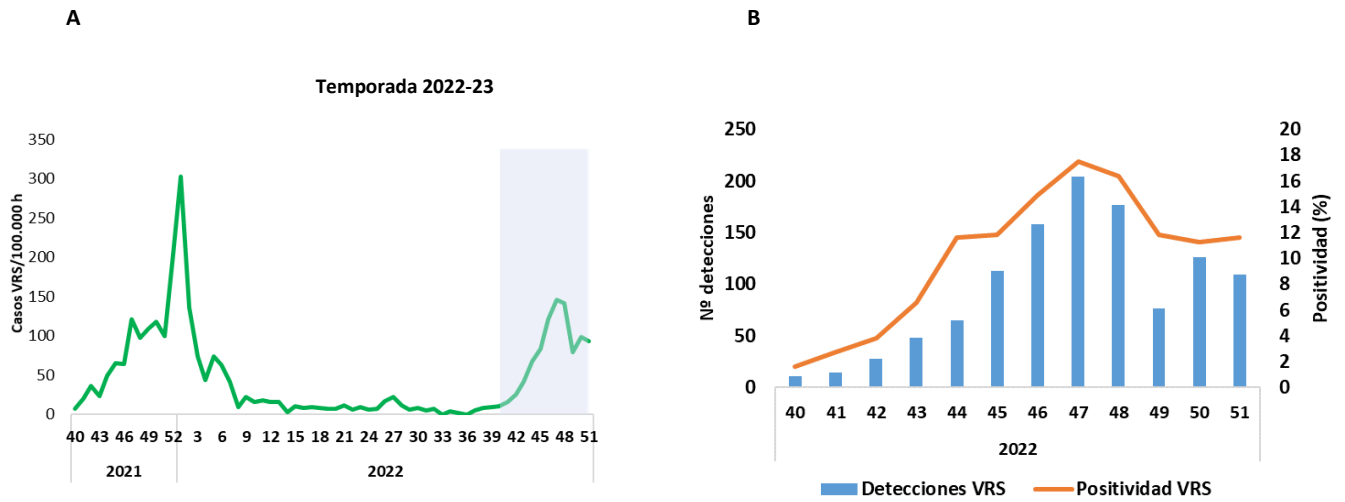


* Tasa de COVID-19 confirmada: tasa semanal ponderada de IRAs x positividad semanal a SARS-CoV-2. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCI](#)

VRS en Atención Primaria. Vigilancia centinela de IRAs

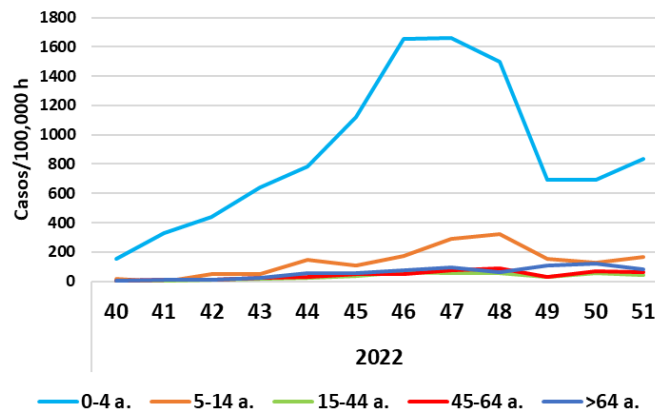
En la semana 51/2022 la tasa de VRS en Atención Primaria se sitúa en 92,9 casos por 100.000 h (98,4 casos por 100.000 h en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas se dan en el grupo de 0-4 años (935,8 casos por 100.000 h).

Figura 6. Tasa estimada de infección por VRS* (A) y porcentaje de positividad (B) en muestras centinela de AP Temporadas 2021-22 y 2022-23



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

Figura 7. Tasa estimada de infección por VRS por grupos de edad, temporada 2022-23

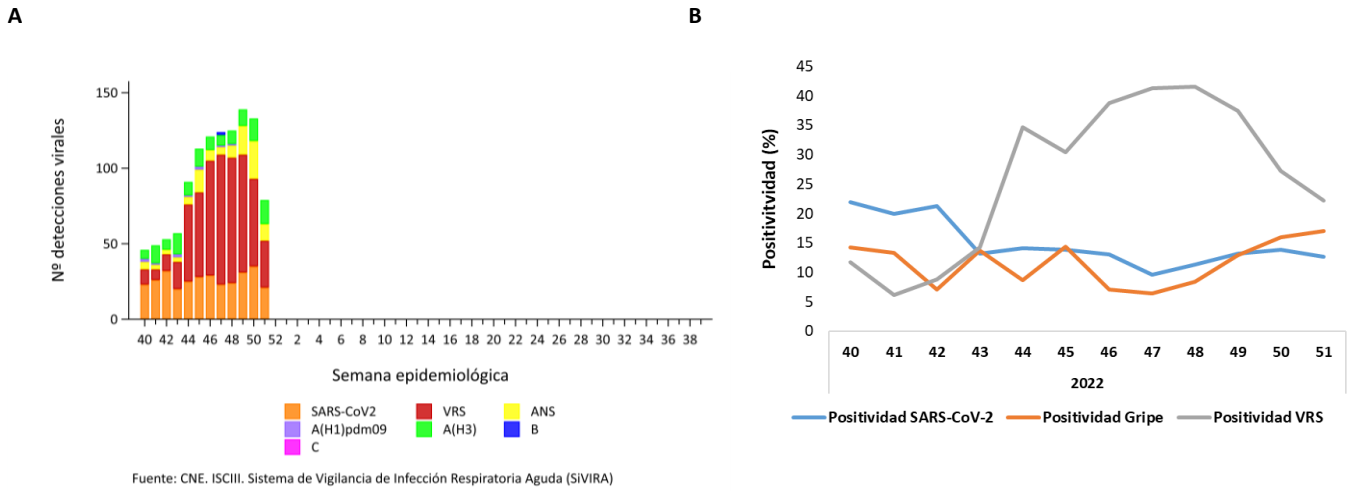


Hospitales

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	166	21	12,7	2246	317	14,1
Gripe	158	27	17,1	2186	249	11,4
VRS	140	31	22,1	1944	565	29,1

Figura 8. 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.

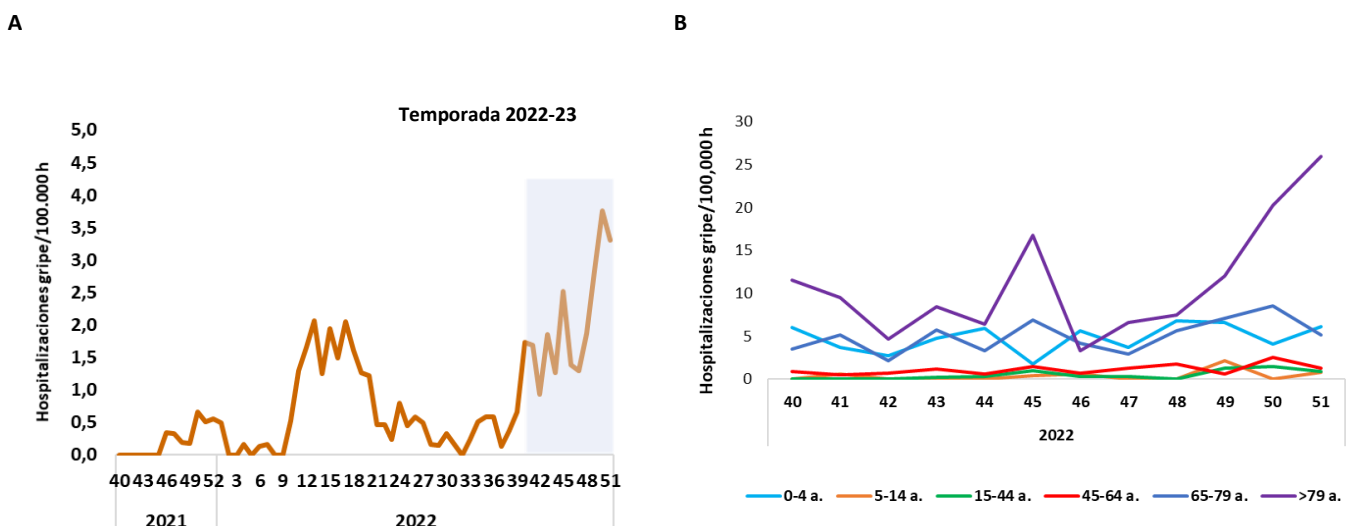


Desde el inicio de la temporada se han notificado 249 detecciones de virus gripales en la vigilancia de IRAG, entre ellas, 246 de tipo A [109 A no subtipado, 127 A(H3) y 10 A(H1)pdm09].

Gripe en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 51/2022 la tasa de hospitalización por gripe en hospitales sitúa en 3,3 casos por 100.000 habitantes (3,8 casos por 100.000 habitantes en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en los mayores de 79 años (25,9 casos por 100.000 h).

Figura 9. Tasa estimada de hospitalización por gripe*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad (B) temporada 2022-23

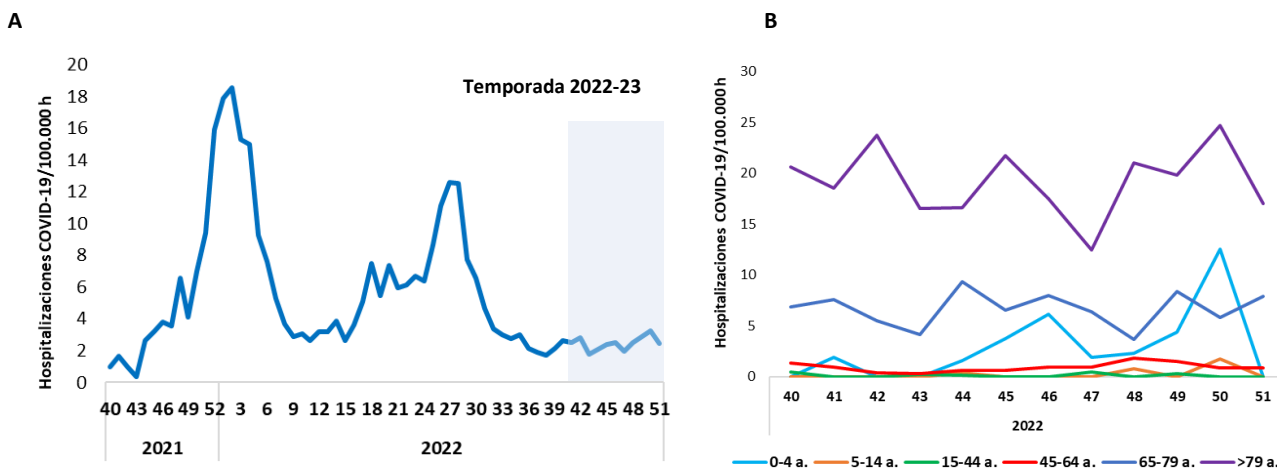


* Tasa de hospitalización por gripe confirmada: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal a gripe.
Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

COVID-19 en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 51/2022 la tasa de hospitalización por COVID-19 se sitúa en 2,4 casos por 100.000 habitantes (frente a 3,3 en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en los mayores de 79 años (17,0 casos por 100.000 h).

Figura 10. Tasa estimada de hospitalización por COVID-19*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad (B) temporada 2022-23



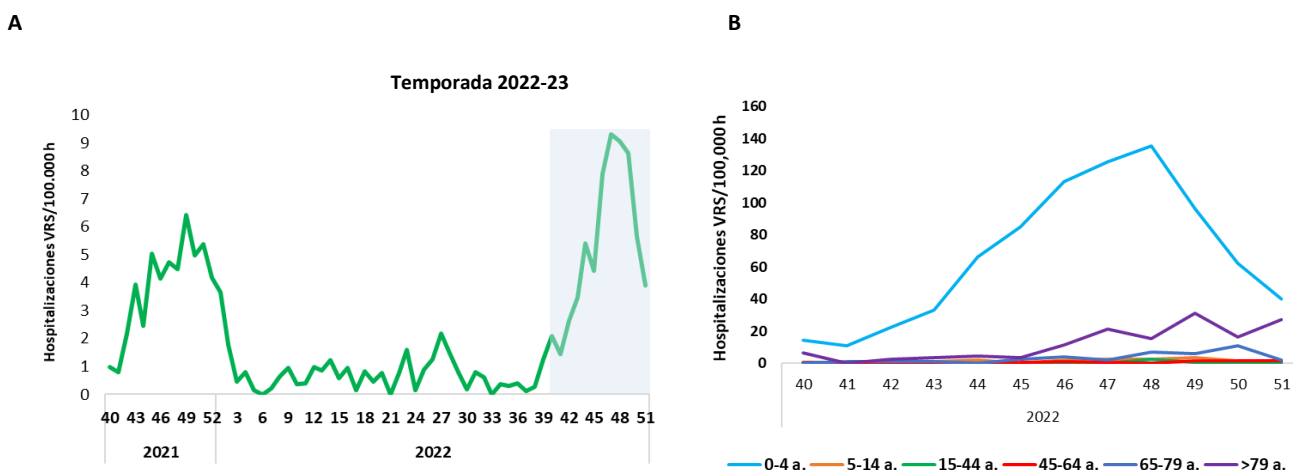
* Tasa de hospitalización por COVID-19 confirmado: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal a SARS-CoV-2. Ver: [Metodología SIVIRA. ISCI](#)

VRS en Hospitales. Vigilancia centinela de IRAG

En la semana 51/2022 la tasa de hospitalización por infección por VRS se sitúa en 3,9 casos por 100.000 habitantes (5,7 casos por 100.000 habitantes en la semana previa). Por grupos de edad, las mayores tasas de hospitalización se observan en el grupo de 0-4 años (39,8 casos por 100.000 h), que disminuye esta semana, seguido de los mayores de 79 años (27,1 casos por 100.000 h), que aumenta esta semana.

Las hospitalizaciones por VRS a lo largo de la temporada 2021-2022 y desde el inicio de la 2022-23 se muestran en la figura 11A. Se observa un aumento de las mismas en el grupo de 0-4 años de edad a partir de la semana 39/2022 y hasta la semana 48/2022.

Figura 11. Tasa estimada de hospitalización por infección por VRS*, global (A) temporadas 2021-22 y 2022-23, y por grupos de edad (B) temporada 2022-23

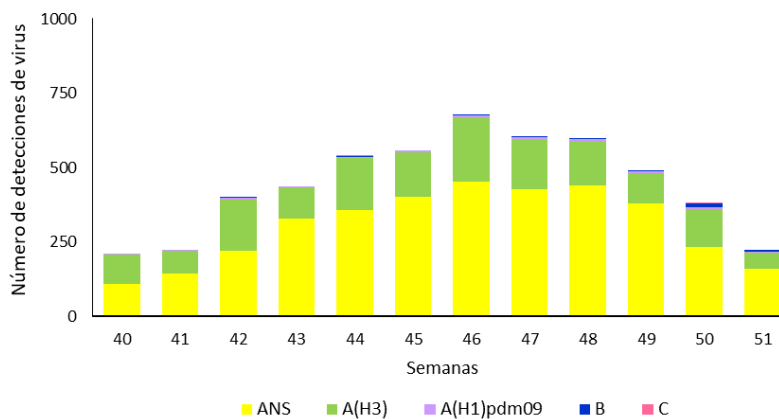


* Tasa de hospitalización por infección confirmada de VRS: tasa semanal ponderada de hospitalización de IRAG x positividad semanal VRS. Ver: [Metodología SiVIRA. ISCIII](#)

Vigilancia virológica no centinela de gripe

En la semana 51/2022 se han notificado 222 detecciones no centinela de gripe desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Galicia, Murcia y La Rioja*. Entre ellas 218 de tipo A (159 ANS, 56 A(H3) y 3 A(H1)pdm09) (Figura 12).

Figura 12. Distribución semanal de detecciones de virus de la gripe por tipo/subtipo. Sistema no centinela. Temporada 2022-23. España



Caracterización virus de la gripe. Temporada 2022-23

Basándose en estudios genéticos realizados en el Centro Nacional de Microbiología se han caracterizado **160** virus de la gripe A(H3N2), 108 de ellos del grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Bangladesh/4005/2020-like), definido por la presencia de la mutación S156H en el gen de la hemaglutinina con respecto al virus vacunal A/Darwin/9/2021, y los 52 restantes pertenecen al grupo 3C.2a1b.2a.2 (A/Slovenia/8720/2022-like), definido por las mutaciones D104G y K276R, entre otras. 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. Se han caracterizado también **14** virus A(H1N1), todos ellos pertenecientes al grupo 6B.1A.5a.2 (A/Norway/25089/2022-like), definido por la presencia de las mutaciones K54Q, P137S, K142R, A186T, Q189E, E224A, R259K, D260E, T277A y K308R en el gen de la hemaglutinina 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 diferente al virus vacunal.

El análisis de susceptibilidad a antivirales frente a gripe en los 135 virus AH3 y 10 virus AH1 analizados no ha evidenciado la identificación de mutaciones asociadas con resistencia a oseltamivir, zanamivir o baloxavir. Sin embargo, se ha detectado en todos los virus AH3 y AH1 la presencia de la mutación S31N en el gen de la proteína matriz, asociada con resistencia a los adamantanos.

Brotos de gripe

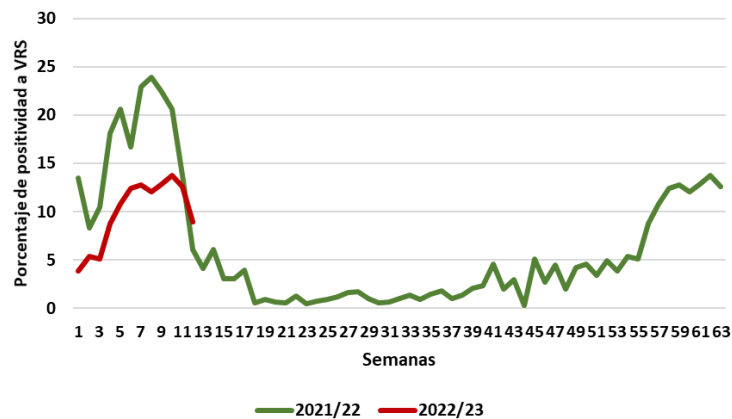
Desde el inicio de la temporada 2022-23 se han notificado 12 brotes de gripe, 1 en Castilla La Mancha, 3 en Aragón y 8 en Cataluña. En todos ellos se ha identificado el virus de la gripe tipo A [11 por A no subtipado, y otro por A(H3N2) y A(H1N1)pdm09]. Se han caracterizado genéticamente 2 de los virus de la gripe A, siendo el 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 un centro de larga estancia, en 8 centros geriátricos, en 2 colegios/guarderías y en una instalación sanitaria. La mediana de edad de las personas afectadas es de 88 años.

Vigilancia virológica no centinela de VRS

En la semana 51/2022 se han notificado 224 detecciones no centinela de VRS desde las redes de Andalucía, Aragón, Asturias, Baleares, Canarias, Galicia, Murcia y La Rioja*. El porcentaje de positividad esta semana, calculado en aquellas redes que disponen del número de pruebas realizadas, se sitúa en el 9%, frente a 13% en la semana previa. En la figura 13 se observa la evolución de la positividad de VRS en la temporada 2021-22 y desde el inicio de la 2022-23.

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

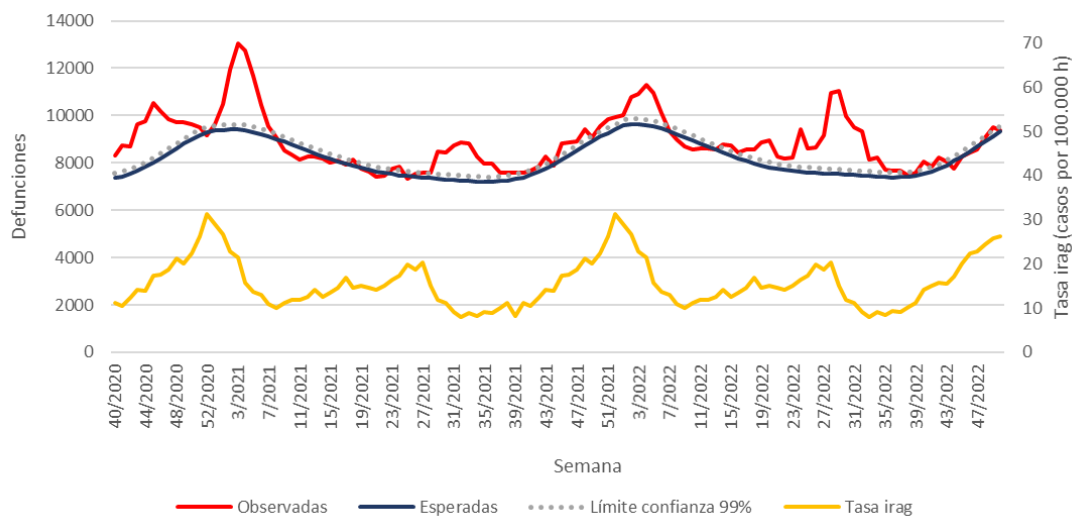
Figura 13. Porcentaje de positividad de VRS. Sistema no centinela. Temporada 2021-22 y 2022-23. España



Excesos de mortalidad por todas las causas

Los resultados obtenidos con MoMo estiman que en la temporada 2020-21 se produjeron 40.807 excesos de defunciones por todas las causas. 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 50/2022 se han producido 1.436 excesos de defunciones por todas las causas (Figura 14).

Figura 14. Mortalidad por todas las causas observada y esperada. Temporadas 2020-21, 2021-22 y 2022-23. España

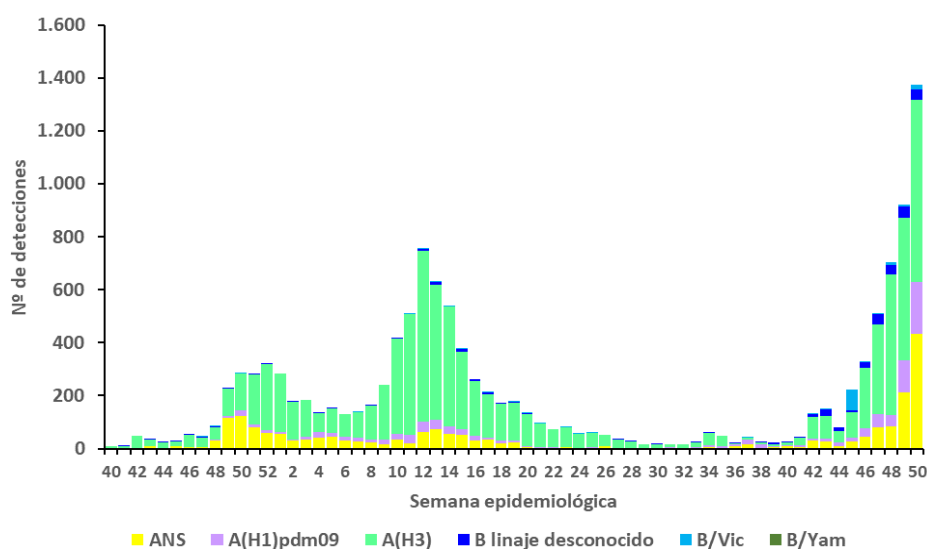


Vigilancia internacional de la gripe y otros virus respiratorios

Situación en Europa

El ECDC indica que en la semana 50/2022 el porcentaje de positividad en las muestras centinela procedentes de Atención Primaria analizadas para gripe en Europa, ha aumentado desde la semana 49/2022 (del 26% al 31%). El 96% de las muestras fueron tipo A (Figura 15). De las 884 muestras tipo A subtipadas, el 78% fueron A(H3). En esta temporada, de 38.776 muestras centinelas analizadas, 6.443 (17%) fueron positivas a virus de la gripe. De ellas, el 93% fueron virus tipo A, y el 7% tipo B. De los 2.896 virus tipo A subtipados hasta ahora, 84% fueron A(H3) y 16% A(H1)pdm09. Todos los virus de tipo B adscritos a linaje fueron B/Victoria.

Figura 15. Detecciones de gripe de muestras centinela. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC. Temporadas 2021-22 y 2022-2023



Para más información consultar [ECDC](#)

En la región europea de la OMS, en la semana 50/2022, se señala un descenso de un 7,4% de nuevos casos de COVID-19 y de un descenso del 16,5% de defunciones, comparado con la semana 49/2022.

El porcentaje global de test positivos para SARS-CoV-2 fue del 7,9% al igual que en la semana 49/2022. 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 16 y el porcentaje de positividad a gripe, SARS-CoV-2 y VRS en muestras procedentes de IRAG en hospitales se presenta en la figura 17.

Figura 16. 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

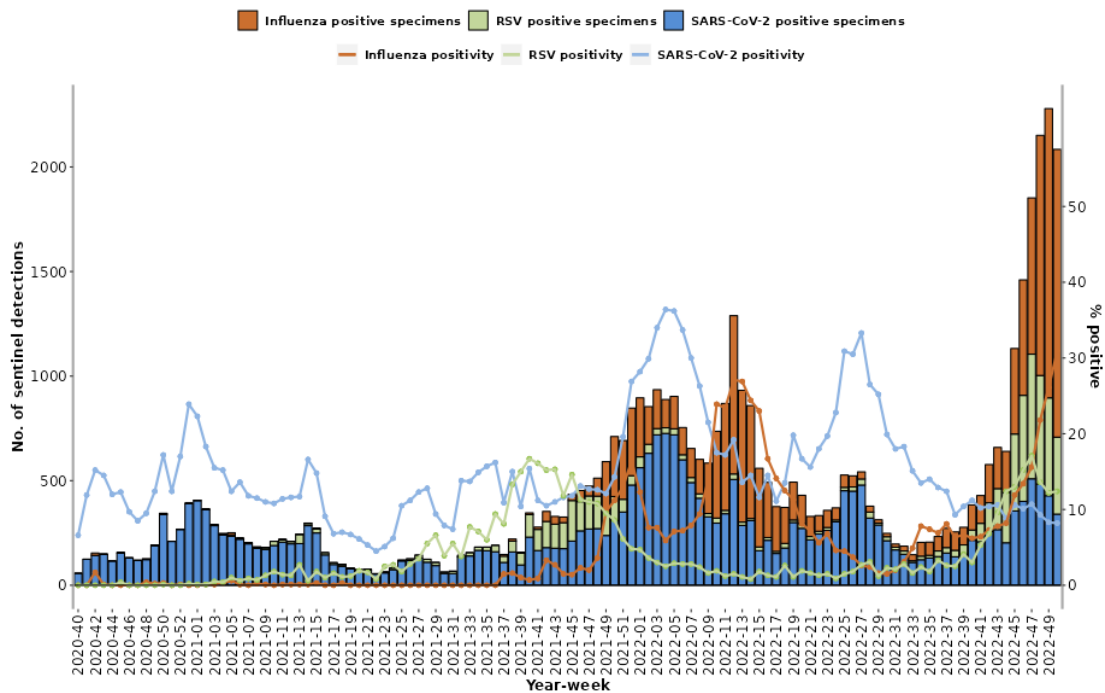
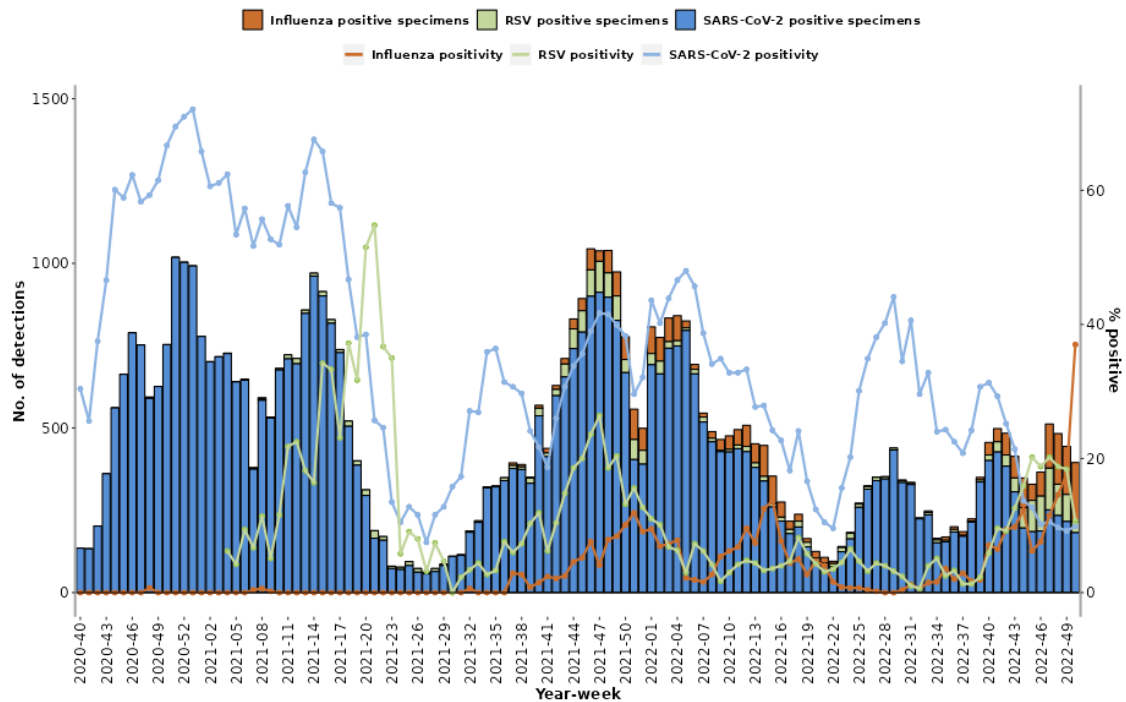


Figura 17. Número de detecciones y porcentaje de positividad a COVID-19, gripe y VRS en muestras de IRAG en hospitales. Oficina Regional Europea de la OMS/ECDC



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

Situación en el mundo

Globalmente, la circulación del virus de la gripe permanece en niveles altos en el hemisferio norte. Entre los virus subtipados, el A(H3N2) ha sido el predominante.

En los países del norte de América, algunos indicadores de circulación del virus han disminuido mientras que otros permanecen estables o continúan aumentando. Muchos de estos indicadores se sitúan por encima de los niveles típicamente observados en esta época del año y algunos están incluso por encima de los niveles del pico epidémico de temporadas previas.

En Europa, en general, la circulación del virus continúa aumentando con un porcentaje de positividad de muestras centinela que permanece por encima del umbral epidémico a nivel regional. El virus de tipo A(H3N2) ha sido el predominante entre muestras centinela seguido del tipo A(H1N1)pdm09 entre las no centinela.

En la parte central de Asia, la circulación del virus de tipo A(H1N1) ha aumentado proporcionalmente a la del virus de tipo B, entre las detecciones. En Kazajistán y Uzbekistán el virus de tipo B ha sido el predominante mientras que el de tipo A(H1N1) ha sido el predominante en Kirguistán y Tayikistán.

En el norte de África han aumentado las detecciones del virus de la gripe, aunque la circulación permanece en niveles bajos. Marruecos ha notificado principalmente virus de tipo B/Victoria. Túnez ha notificado un aumento en las detecciones de principalmente A(H1N1)pdm09 al igual que de A(H3N2) y B.

En el oeste de Asia, la circulación ha disminuido en general, con detecciones de todos los subtipos estacionales en mismas proporciones, aunque ha aumentado en algunos países. En el este de Asia la circulación de A(H3N2) ha sido dominante, y permanece en niveles bajos entre los países notificadores, aunque con aumento en el sur de China y de la República de Corea.

En el Caribe y en los países del centro de América, la circulación de A(H3N2) predominante ha disminuido, pero permanece elevada en Méjico. En los países tropicales del sur de América ha habido pocas detecciones y el virus de tipo A(H3N2) ha sido el predominante.

En la parte tropical de África, la circulación permanece en niveles bajos con pocas detecciones de subtipos típicamente estacionales. Ha aumentado el número de detecciones en África oriental.

En el sur de Asia, la circulación continúa disminuyendo y se sitúa en niveles bajos debido a la circulación notificada en Irán. El virus predominante ha sido el de tipo A(H1N1)pdm09. En el sudeste el virus predominante ha sido de tipo B, que ha aumentado y permanece en niveles altos.

En las zonas templadas del hemisferio sur, la circulación ha disminuido en Argentina y Chile, pero permanece en niveles bajos en el resto de países.

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-435](https://www.who.int/news-room/updates/2022-08-18)

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

A lo largo de la temporada 2021-2022, tuvo lugar la mayor epidemia de influenza aviar de alta patogenicidad (IAAP) observada hasta el momento en Europa, con un total de 2.467 focos en explotaciones de aves de corral, 47,7 millones en las granjas agrícolas de aves sacrificadas, 187 en aves cautivas y 3.573 detecciones en aves silvestres, con una extensión geográfica sin precedentes, afectando a 37 países europeos. Las detecciones en aves silvestres entre junio y agosto de 2022 representan un riesgo continuo de infección para las aves domésticas.

El virus de IAAP también se detectó en especies de mamíferos salvajes en Europa y América del Norte y mostraron marcadores genéticos de adaptación a la replicación en mamíferos. Este rango ampliado de huéspedes indica un riesgo

creciente y cambiante de incursión del virus en las granjas avícolas. En comparación con la temporada anterior, además de las aves acuáticas migratorias, este virus fue detectado en una gama más amplia de especies de aves silvestres, incluidas varias especies terrestres. Los resultados del análisis genético indican que los virus que circulan actualmente en Europa pertenecen al clado 2.3.4.4b con siete genotipos, tres de los cuales se han identificado por primera vez durante este período de tiempo.

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.

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos a la OMS de infección humana de gripe A(H5N1). Globalmente y hasta la fecha, se han notificado un total de 868 casos y 457 fallecimientos en 21 países.

Desde la última actualización, no hay casos nuevos de infección humana por virus de la gripe aviar A(H5N6). Desde el 2014 se han notificado un total de 82 casos confirmados, incluidas 33 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H5N6), la mayoría de ellos notificados por China (81) y uno por Laos.

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

El riesgo de infección para la población general en la UE/EEE se evalúa como bajo, y para las personas expuestas ocupacionalmente, bajo a medio. El riesgo de transmisión a humanos por exposición a productos avícolas contaminados es insignificante.

Más información en : [Avian influenza overview March – June 2022](#) [Avian influenza overview June – September 2022](#) [Testing and detection of zoonotic influenza virus infections in humans in the EU/EEA, and occupational safety and health measures for those exposed at work](#)

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.

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

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

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

Desde 1998 un total de 115 casos confirmados, incluidas 2 defunciones, de infección humana por el virus de la gripe A(H9N2) notificados por China (102), 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.

Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse en:

[OMS-Gripe aviar](#) | [ECDC-Gripe aviar](#) | [ECDC-Últimas publicaciones](#) | [EFSA](#) | [CHP-Hong Kong](#)

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

Desde la última actualización, no se han notificado a la OMS casos nuevos de infección humana de gripe A(H3N8). Estos brotes son una transmisión ocasional entre especies de aves a humanos, y el riesgo de transmisión a gran escala es bajo.

Más información en: [National Health Commission of China \(NHC\)](#)

Infección humana por virus variantes de la gripe porcina A

Desde la última actualización y hasta la fecha, no se han notificado casos nuevos de infección humana por virus de la gripe porcina.

Aunque esporádica, la transmisión zoonótica de virus de la gripe porcina no es inesperada, por lo que las autoridades sanitarias correspondientes realizan seguimiento de casos que presentan síntomas respiratorios y han tenido contacto con cerdos, para la investigación e identificación de cambios que puedan ser significativos en la epidemiología del virus.

Información adicional y última evaluación de riesgo sobre virus de la gripe no estacionales puede consultarse en: [OMS-Gripe aviar](#) | [ECDC-Gripe aviar](#) | [ECDC-Últimas publicaciones](#) | [EFSA](#) | [CHP-Hong Kong](#) | [Fluview \(CDC\)](#)

Síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV)

Desde la última actualización, no se han notificado casos nuevos de infección humana de MERS-CoV.

Desde enero de 2022, y a hasta el 5 de diciembre de 2022, se han notificado seis casos de MERS-CoV en Arabia Saudí (3), Qatar (2) y Omán (1), incluida una muerte. Todos los casos fueron casos primarios, y todos menos uno, reportaron contacto con camellos.

Desde abril de 2012 se han notificado 2.607 casos de MERS-CoV, incluidas 944 defunciones, por las autoridades sanitarias a nivel mundial.

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: [ECDC MERS-CoV](#) | [WHO MERS-CoV](#) | [ECDC factsheet for professionals](#) | [Saudi Arabia Ministry of Health](#) | [WHO DONs](#)

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 51/2022. Nº 111. 28 de diciembre de 2022.