

VIGILANCIA DE LAS
INFECCIONES
RESPIRATORIAS AGUDAS
GRAVES (IRAG) EN
CASTILLA Y LEÓN.
TEMPORADA 2021-2022

*Servicio de Epidemiología
Dirección General de Salud Pública.*



ÍNDICE

	Página
1.- INTRODUCCIÓN	4
2.- OBJETIVOS	7
3.- VIGILANCIA	9
3.1.- Ámbito de vigilancia y población de referencia.....	9
3.2.- Definición de caso	10
3.3.- Notificación.....	11
4.- RESULTADOS	13
4.1.- Resultados virológicos.....	15
4.2.- Hospitalización por SARS-CoV-2. Vigilancia centinela de IRAG.	17
4.3.- Hospitalización por gripe. Vigilancia centinela de IRAG.....	21
4.4.- Hospitalización por VRS. Vigilancia centinela de IRAG.....	24
5.- CONCLUSIONES	28
6.- RECOMENDACIONES	30
Referencias	31
Enlaces de interés	31
ANEXOS	32

AGRADECIMIENTOS

La Vigilancia de IRAG en Castilla y León es un trabajo en equipo que se realiza con la colaboración de los Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología del HUBU, Servicios de Medicina Preventiva y Microbiología del HCUV, el Centro Nacional de Gripe, el Consorcio LUCIA y el Servicio de Informática de la Consejería de Sanidad.

Esta vigilancia no sería posible sin el trabajo y la dedicación de Ma Socorro Fernández Arribas, técnico del Servicio de Epidemiología durante años. Para ella, nuestro especial reconocimiento.

1.- INTRODUCCIÓN

La vigilancia centinela de Infecciones Respiratorias Aguda Graves (IRAG) en Castilla y León se realiza a través del Sistema de Vigilancia Epidemiológica que se graban en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica (SIVE) de Castilla y León. Hasta la aparición de la pandemia por SARS-CoV-2 en enero de 2020 la gripe se vigilaba también a través de la Red Centinela Sanitaria de Castilla y León (RCSCyL) cuya información se integraba, en el Sistema de Vigilancia de la Gripe en España y en el Sistema de Vigilancia Europeo de la Gripe.

Desde la temporada 2009-2010 los organismos internacionales (ECDC, OMS-Europa) recomendaron ampliar la vigilancia estacional de la gripe a los casos graves y leves, así como vigilar las infecciones respiratorias agudas graves. Todo ello, con el objetivo de estimar la gravedad de las epidemias estacionales y tipificar y caracterizar epidemiológicamente los virus.

La pandemia por SARS-CoV-2 ha alterado los procesos de vigilancia de las enfermedades convirtiéndose la COVID-19 en el objetivo fundamental de la vigilancia epidemiológica en detrimento de otras enfermedades, especialmente de los sistemas específicos de vigilancia de gripe que dejaron de actuar. Ante esta situación de pandemia, los organismos internacionales recomendaron la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas incluidas las formas graves, que requieren hospitalización y que contempla especialmente la vigilancia del SARS-CoV-2, gripe y virus respiratorio sincitial (VRS) además de otros virus respiratorios (OVR).

En el mes de septiembre de 2020, el CNE propuso a las CCAA la implementación de un sistema de vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda Grave (IRAG) en hospitales de España basada en una **vigilancia sindrómica de episodios clínicos graves** producidos por la emergencia de cualquier agente respiratorio en la comunidad y una **vigilancia centinela** que proporcionase una información más

precisa y de mayor calidad, combinando información epidemiológica y clínica y una menor carga de trabajo para el sistema sanitario y para la Salud Pública.

La Dirección General de Salud Pública, a través del Servicio de Epidemiología, propuso a los hospitales participantes en la Vigilancia de casos confirmados hospitalizados de gripe, el Complejo Asistencial Universitario de Burgos y el Hospital Clínico Universitario de Valladolid, participar en esta nueva vigilancia. La propuesta fue aceptada y Castilla y León inició su participación en la vigilancia de IRAG en las mismas áreas sanitarias en las que se realizaba la vigilancia de casos confirmados hospitalizados de gripe: Área de Salud de Burgos y Área de Salud Valladolid-Este, con una población total de referencia a fecha 1 de septiembre de 2021 de 606.043 habitantes. (Imagen 1).

Imagen 1. Distribución geográfica de las áreas de salud de Castilla y León.



El Sistema de vigilancia de IRAG se basa en la recogida de dos tipos de información:

1. **Información agregada de casos** que aporta Información semanal de casos de IRAG hospitalizados por sexo y grupos de edad (0-4, 5-14, 15-44, 45-64, 65-79 y ≥ 79).
2. **Información individualizada de casos** que aporta información epidemiológica, clínica y virológica de los casos de IRAG que ingresen en los hospitales centinelas durante los martes y miércoles de cada semana.

Las definiciones de caso y la identificación de estos durante la temporada 2021/2022 se ha realizado de acuerdo con el Protocolo de vigilancia de IRAG en España.

Es necesario indicar que la puesta en marcha del nuevo sistema de vigilancia ha sido compleja y ha necesitado de un esfuerzo extra de los Servicios de Medicina Preventiva y de Microbiología de los hospitales participantes, así como de los Servicios de Informática y de Epidemiología en momentos de alta carga de trabajo por la situación pandémica.

2.- OBJETIVOS

Los objetivos de la vigilancia centinela de IRAG, de acuerdo con Protocolo de vigilancia de IRAG en España son:

1. Monitorizar la evolución de la incidencia de IRAG por zona geográfica y, por sexo y grupo de edad, a lo largo de todo el año.
2. Describir la estacionalidad de las enfermedades, incluyendo los periodos de circulación de los agentes.
3. Estimar el porcentaje de positividad a SARS-CoV-2, gripe y VRS (este último siempre que sea posible) entre los casos de IRAG hospitalizados en España, por sexo y grupo de edad.
4. Obtener información clínica y epidemiológica de los casos para establecer los factores de riesgo de enfermedad grave.
5. Establecer niveles de actividad umbral que sirvan de referencia para evaluar el impacto y la gravedad de cada agente en cada temporada.
6. Estimar la efectividad de medidas preventivas, como la vacunación, frente a formas graves que requieren hospitalización, de diferentes virus respiratorios: COVID-19 y gripe.
7. Caracterización genética y secuenciación de las diferentes variantes identificadas de SARS-CoV-2. Estudio de las características epidemiológicas y clínicas de dichas variantes.
8. Identificar las características fenotípicas y genotípicas que puedan modificar la capacidad de transmisión o la efectividad de las vacunas.
9. Estimar la carga de la enfermedad que guíen la toma de decisiones para priorizar los recursos y planificar las intervenciones de salud pública.

Estos objetivos abordarán simultáneamente la vigilancia de SARS-CoV-2, gripe y VRS en el ámbito hospitalario. La vigilancia centinela de IRAG en el ámbito hospitalario tiene como principal ventaja que



permite responder con información inmediata ante cualquier virus en circulación y ante la emergencia de cualquier nuevo agente respiratorio emergente.

3.- VIGILANCIA

La vigilancia de IRAG se ha realizado desde la semana epidemiológica 40 de 2021 (del 4 de octubre al 10 de octubre) a la semana 39 de 2022 (del 26 de septiembre al 2 de octubre).

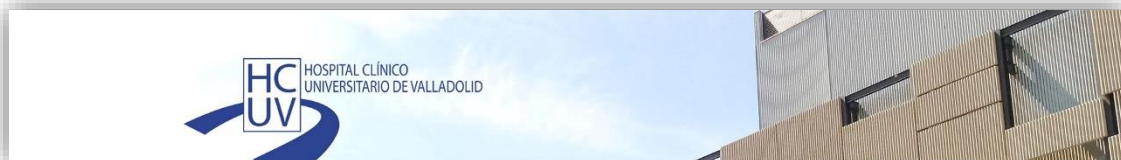
3.1.- Ámbito de vigilancia y población de referencia.

El ámbito de vigilancia fueron el Área de Salud de Burgos, cuyo hospital de referencia es el Complejo Asistencial Universitario de Burgos (Imagen 2), y el Área de Salud Valladolid-Este, cuyo hospital de referencia es el Hospital Clínico Universitario de Valladolid (Imagen 3).

Imagen 2. Fuente: Complejo Asistencial de Burgos | Página principal (saludcastillayleon.es)



Imagen 3. Fuente: Hospital Clínico Universitario de Valladolid | Página principal (saludcastillayleon.es)



La población total de referencia fue 606.043 personas, de ellas 348.338 (57,5%) corresponden al área de Burgos y 257.705 (42,5%) a la de Valladolid-Este. (Fuente: Tarjeta Sanitaria Individual, septiembre de 2021). Esta es la población que se ha utilizado en este análisis para la obtención de tasas.

3.2.- Definición de caso.

A efectos de la vigilancia de IRAG se definen los siguientes casos:

- **Paciente hospitalizado** - paciente ingresado en uno de los hospitales participantes en la vigilancia centinela durante el periodo de estudio.
- **Paciente con IRAG** - aquel que presenta:
 - Infección Respiratoria Aguda: con inicio de síntomas en los últimos 10 días.
 - Infección Respiratoria Grave: que requiere hospitalización (tiene cursada una orden de ingreso hospitalaria¹) de al menos 24 horas.

Esta definición está basada en la definición de IRAG de la OMS²

- **Paciente con IRAG confirmado de COVID-19** (caso confirmado de COVID-19) - un caso confirmado de COVID-19 se define como un paciente hospitalizado con IRAG con una muestra respiratoria para confirmación virológica (RT-PCR o test de antígeno) positiva para SARS-CoV-2.
- **Paciente IRAG negativo para SARS-CoV-2** - un paciente negativo para COVID-19 se define como un paciente hospitalizado con IRAG con una muestra respiratoria para confirmación virológica por RT-PCR negativa para SARS-CoV-2. Si una primera prueba de antígeno ha resultado negativa, se deberá realizar una RT-PCR para confirmarlo. El diagnóstico por RT-PCR prevalecerá sobre el de antígeno.
- **Paciente IRAG confirmado de gripe** (caso confirmado de gripe) - Un caso confirmado de gripe se define como un paciente hospitalizado con IRAG con una muestra respiratoria para

confirmación virológica (RT-PCR o test de antígeno) positiva para gripe.

- **Paciente IRAG negativo para gripe** - un paciente negativo para gripe se define como un paciente hospitalizado con IRAG con una muestra respiratoria para confirmación virológica por RT-PCR negativa para gripe. Si una primera prueba de antígeno ha resultado negativa, se deberá realizar una RT-PCR para confirmarlo. El diagnóstico por RT-PCR prevalecerá sobre el de antígeno.

La información de los pacientes con IRAG, a los que se les haya **completado la encuesta epidemiológica**, positivos y negativos a SARS-CoV-2 y/o a gripe y/o VRS u OVR, permitirán el **análisis de los factores de riesgo** para ambas enfermedades y la estimación de la efectividad de las medidas de prevención.

3.3.- Notificación.

En Castilla y León, la identificación de casos en la vigilancia de sindrómica está basada en la **impresión diagnóstica**, si no hay impresión diagnóstica se revisan las historias clínicas. Los Servicios de Medicina Preventiva **seleccionan los pacientes que ingresan los martes y miércoles de manera semanal**, cumplimentan las encuestas de caso para la Vigilancia de las IRAG, la información microbiológica y epidemiológica disponible. Se envían los listados de estos pacientes al Servicio de Microbiología y se solicitan las pruebas microbiológicas que falten. La vigilancia está basada en los resultados microbiológicos y está establecida de forma que cuando ingresa un paciente con sospecha de IRAG se solicita la triple muestra para diagnóstico virológico (SARS-CoV-2, gripe y VRS). Esta información es remitida semanalmente al Servicio de Epidemiología.

El Servicio de Microbiología es el encargado de realizar las determinaciones virológicas y enviar los resultados positivos en SARS-CoV-2 al laboratorio de referencia para secuenciación en Castilla y León y los positivos a virus gripales al Centro Nacional de Gripe en Valladolid para su subtipado.

El Servicio de Epidemiología (Imagen 4) se encarga de remitir semanalmente al Sistema de Vigilancia de IRAG en España (SIVIRA) (Imagen 5) los casos notificados en Castilla y León. Realiza el seguimiento, revisión, validación y clasificación de los casos notificados en las encuestas epidemiológicas. También envía la información disponible de manera semanal a los participantes en este sistema de vigilancia.

Imagen 4. Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León.



Imagen 5. Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda. ISCHL.



4.- RESULTADOS

Como en temporadas anteriores se presentan los resultados virológicos de las muestras recibidas correspondientes al ámbito de vigilancia y los resultados de los casos notificados al Sistema de Vigilancia en la temporada 2021-22. En la tabla 1, en la columna *casos individualizados*: se recogen todos los casos de IRAG de la temporada y en la columna *encuesta caso*: se recogen los casos encuestados, que corresponden a los casos de IRAG ingresados los martes y miércoles.

Tabla 1. Número de casos individualizados y encuestas casos de IRAG. Castilla y León. Temporada 2021-22.

IRAG correspondientes a la temporada 2021-22		
	Casos individualizados	Encuestas caso
HUBU	1.220	552
HCUVA	668	189
Total	1.888	741

Figura 1. Incidencia semanal de IRAG en ambos sexos. Castilla y León. Temporada 2021-22.

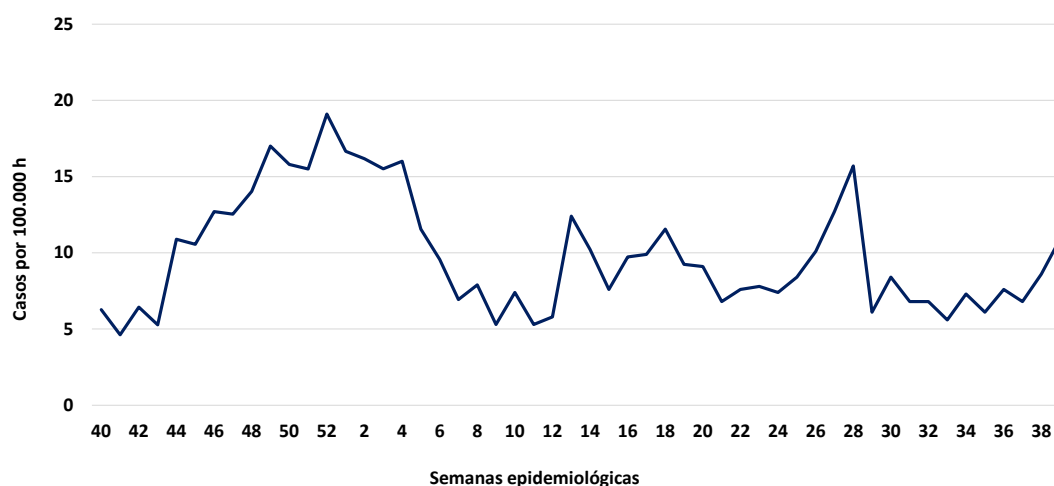


Figura 2. Incidencia semanal de IRAG por sexo. Castilla y León. Temporada 2021-22

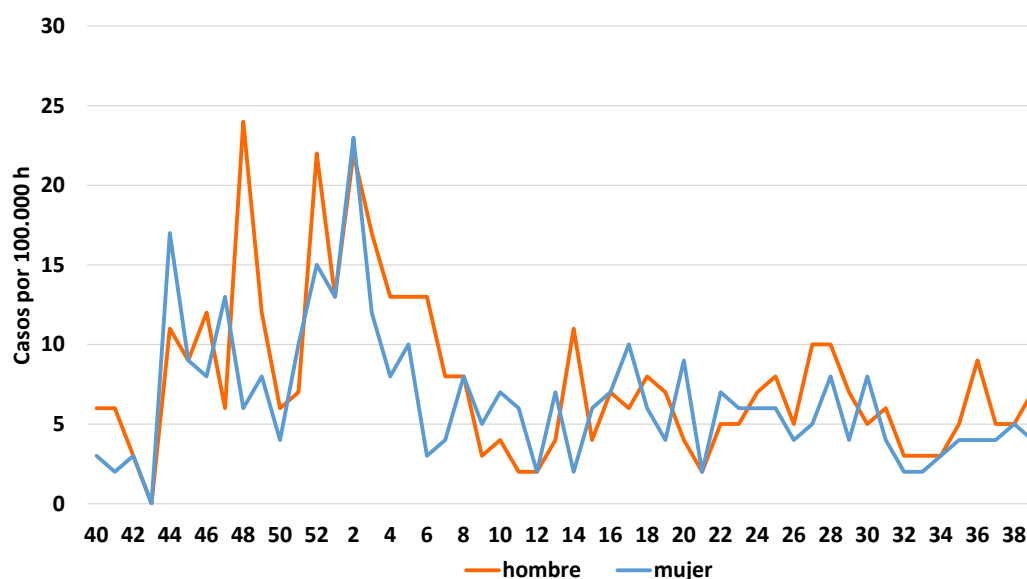
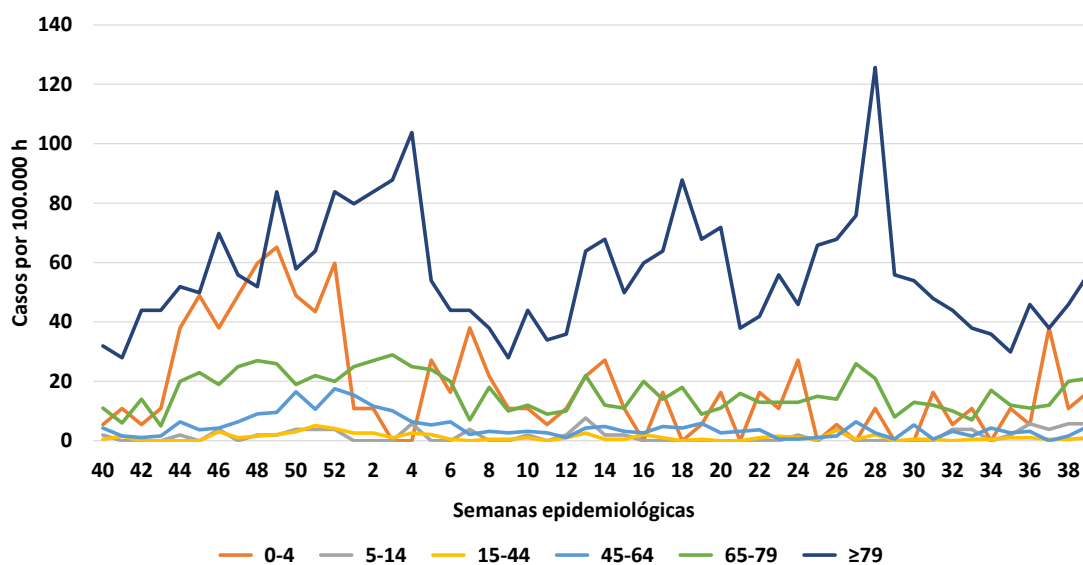


Figura 3. Incidencia semanal de IRAG por grupo de edad. Castilla y León. Temporada 2021-22



En la temporada 2021-22 observamos que la mayor incidencia ocurre en la semana 52/2021 (19,1 casos por 100.000 habitantes) y en la semana 28/2022 (15,7 casos por 100.000 habitantes). (Figura 1). Las tasas de IRAG por sexo (figura 2) se observa una evolución similar, pero en el conjunto de la temporada los hombres presentaron una mayor tasa (578,7 casos por 100.000 habitantes) con respecto a las mujeres (455 casos por 100.000 habitantes). Las mayores tasas

por edad las hemos encontrado en la población mayor de 79 años (2.966,3 casos por 100.000 habitantes), seguida de la población infantil de 0 a 4 años (928,5 casos por 100.000 habitantes) (figura 3).

4.1.- Resultados virológicos.

Durante la temporada 2021-22 los casos de positividad de IRAG hospitalizados han sido 52,5 % para SARS-CoV2, 5,2 % para gripe y 8,3 % para VRS.

Se ha recibido información procedente de los laboratorios de microbiología adscritos a cada una de las Áreas de Vigilancia. Desde el laboratorio del HUBU se han recibido 552 muestras, que corresponden a 1.220 pacientes de ellas 228 (41,5%) fueron positivas a SARS-CoV2, 25 (5,4 %) fueron positivas a gripe, 39 (8,4 %) fueron positivos a VRS y 26 positivas a otros virus respiratorios

El laboratorio del HCU de Valladolid ha remitido 189 muestras que correspondían a 668 pacientes. De ellas 134 (95,7%) fueron positivas a SARS-CoV-2, ninguna (0 %) fue positiva a gripe, 2 (12,5 %) fue positiva a VRS y 9 positivas a otros virus respiratorios. (tabla 2).

Tabla 2. Muestras de IRAG analizadas para Sars-CoV2, gripe y VRS por hospital. Castilla y León. Temporada 2021-22.

Muestras IRAG tomadas en la temporada 2021-22							
	HUBU	Positivos	%Positividad	HCUV	Positivos	%Positividad	%Positividad total
Sars-CoV2	550	228	41,5	140	134	95,7	52,5
Gripe	465	25	5,4	15	0	0	5,2
VRS	464	39	8,4	16	2	12,5	8,5
OVR		26			9		

El virus SARS-CoV-2 observamos que está presente durante toda la temporada 2021-22 con una mayor incidencia entre la semana 01/2022 y 03/2022. El virus de la gripe no empezamos a detectar su presencia hasta la semana 10/2022, esto puede venir justificado por la

implantación del nuevo programa de Vigilancia Centinela de IRAG, por ello, es posible que no estén todos los casos declarados de gripe correspondientes a esta temporada. El VRS vemos que se presenta de manera habitual en las semanas 44/2021 a 02/2022 aunque en la semana 50/2021 no se notifica ningún caso como VRS, pero si se declaran 2 casos de OVR. (Figura 4 y 5).

Figura 4. Detecciones virales semanales de SARS-CoV2, gripe y VRS de IRAG. Castilla y León.

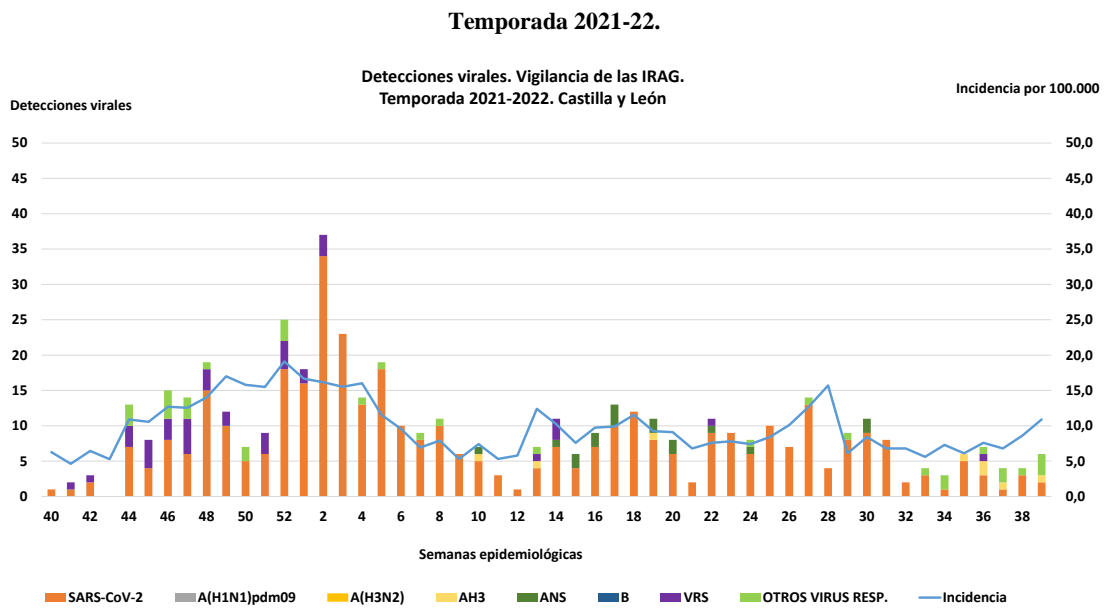
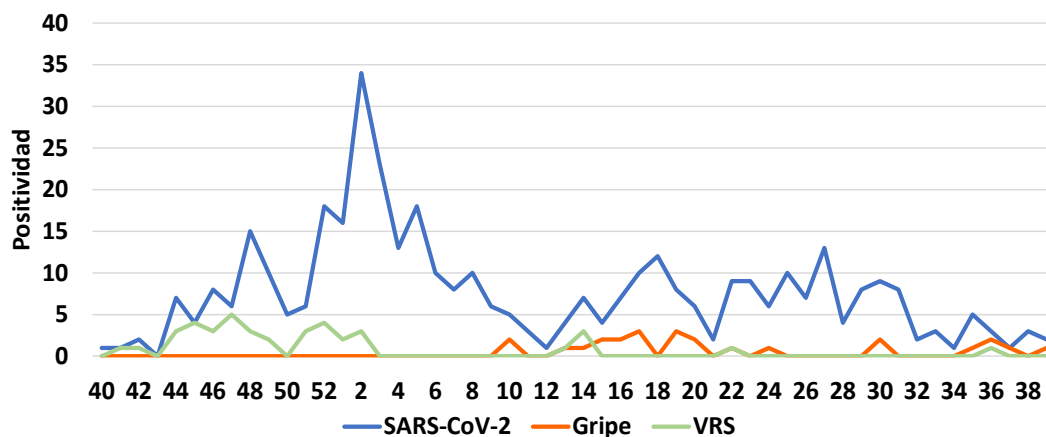


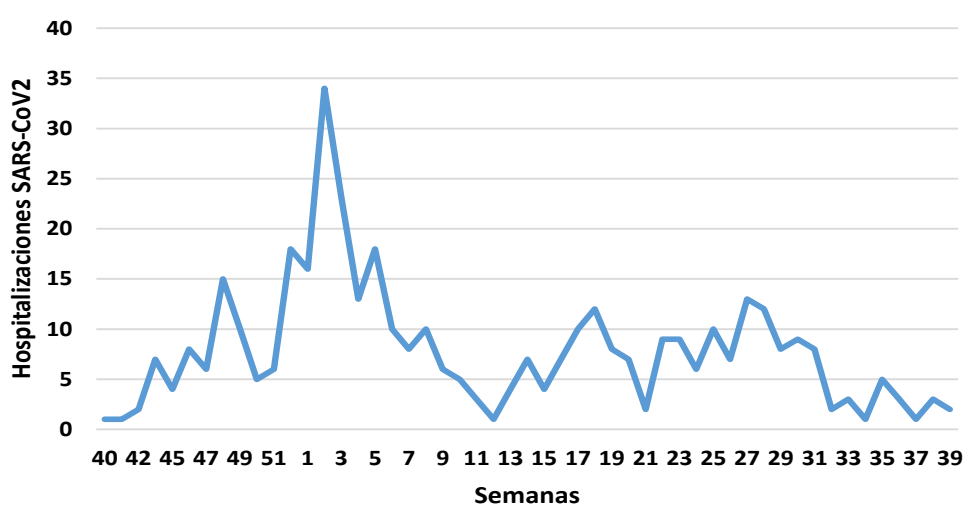
Figura 5. Positividad semanal de SARS-CoV2, gripe y VRS para IRAG. Castilla y León. Temporada 2021-22.



4.2.- Hospitalización por SARS-CoV2. Vigilancia centinela de IRAG.

En la temporada 2021-2022 se han notificado **362 casos SARS-CoV-2 confirmados** que supone una tasa en el área de Vigilancia de 52,5 casos por 100.000 habitantes. La mayor tasa de hospitalización se corresponde a las semanas 02/2022 y 03/2022. (Figura 6).

Figura 6. Tasa semanal de ingresos por SARS-CoV2 para todas las edades. Castilla y León. Temporada 2021-22.



Hubo 208 casos en hombres y 154 en mujeres, con tasas de 30,1 y 22,3 casos por 100.000, sin diferencias estadísticamente significativas.

La media de la edad de los casos fue de 72,8 años (DE±19,9) y la mediana de 74 años (RIC=21). En hombres la edad media fue de 67,9 años (DE±24,1) y en mujeres 71,2 años (DE±30). (Figura 7).

Las mayores tasas de hospitalización se observan en la población de 80 o más años. (Figura 8).

Figura 7. Distribución hospitalización SARS-CoV2 por sexo. Castilla y León. Temporada 2021-22.

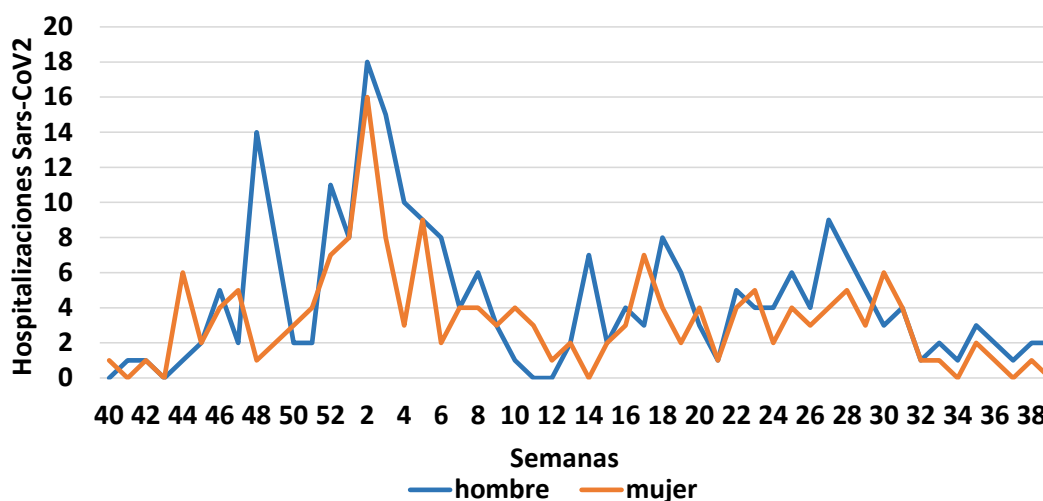
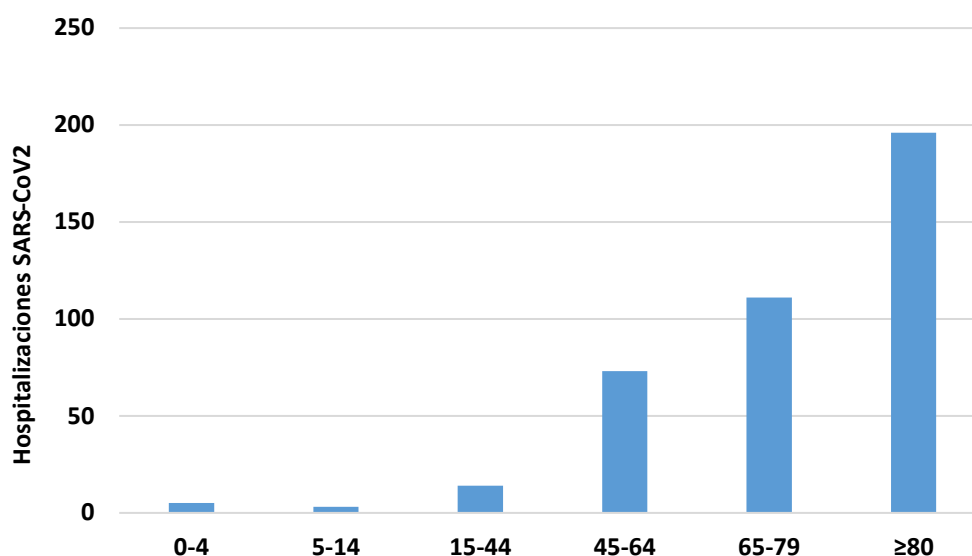


Figura 8. Hospitalizaciones de SARS-CoV2 por grupos de edad. Castilla y León. Temporada 2021-22.



Las enfermedades crónicas más frecuentes en los pacientes ingresados por SARS-CoV-2 han sido la hipertensión (56%) y las enfermedades metabólicas (43%) aunque el mayor porcentaje se corresponde con otras enfermedades crónicas (66%). (Figura 9).

La complicación más frecuente ha sido la neumonía (61%) estando más presente en la población de 80 o más años. El mayor número de ingresos en UCI se corresponde con la población de 65 a 79

años. La mayor letalidad se da en la población de 80 años o más. (Figura 10 y 11).

Figura 9. Porcentaje de enfermedades crónicas/factores de riesgo en SARS-CoV2 hospitalizado.

Castilla y León. Temporada 2021-22.



Figura 10. Porcentaje de complicaciones graves en casos de SARS-CoV2 hospitalizados.

Castilla y León. Temporada 2021-22.

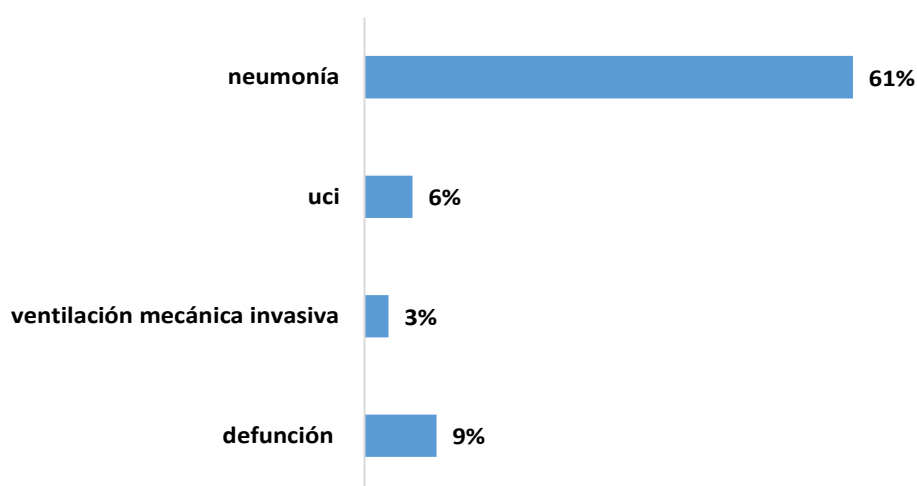
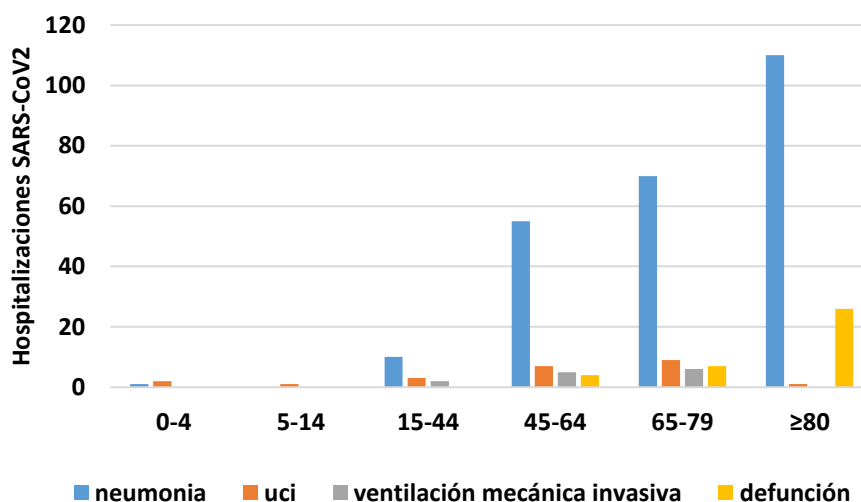


Figura 11. Número de complicaciones graves por grupo de edad en SARS-CoV2 hospitalizados.

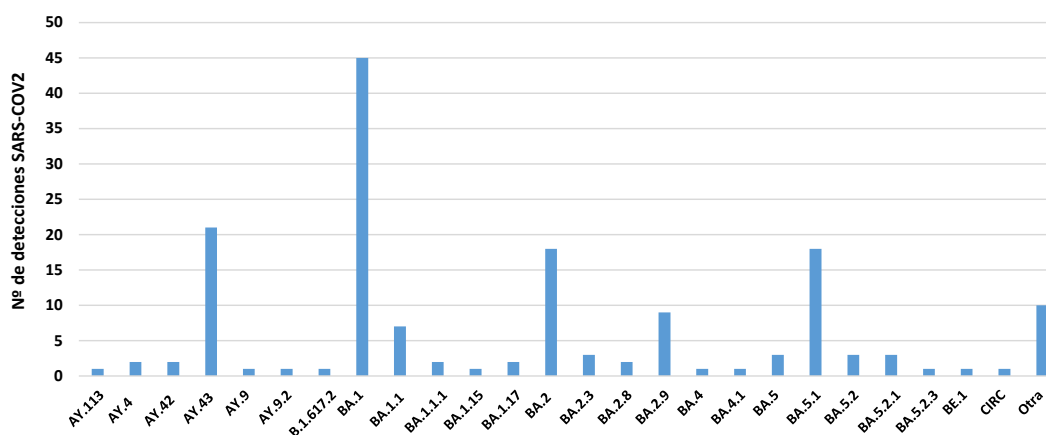
Castilla y León. Temporada 2021-22.



Disponemos información sobre la caracterización genómica de los casos hospitalizados por SARS-CoV2 en un 51,4% donde la variante más frecuente ha sido BA.1. (Figura 12).

Figura 12. Información sobre caracterización genética de SARS-CoV2 hospitalizados.

Castilla y León. Temporada 2021-22.



4.3.- Hospitalización por gripe. Vigilancia centinela de IRAG.

En la temporada 2021-2022 se han notificado **25 casos de gripe confirmada** lo que supone una tasa en el área de Vigilancia de 5,2 casos por 100.000 habitantes. La mayor tasa de hospitalización se corresponde a las semanas 16/2022 y 19/2022. Debido a la implantación del nuevo programa de vigilancia centinela, es posible que no estén todos los casos declarados de gripe correspondientes a esta temporada. (Figura 13).

Hubo 12 casos en hombres y 13 en mujeres, con tasas de 2,5 y 2,7 casos por 100.000, sin diferencias estadísticamente significativas.

La media de la edad de los casos fue de 63,6 años ($DE \pm 28,6$ y la mediana de 67 años ($RIC=41$). En hombres la edad media fue de 59,3 años ($DE \pm 30$) y en mujeres 67,7 años ($DE \pm 27,8$). (Figura 14).

Las mayores tasas de hospitalización se observan en la población de 80 o más años. (Figura 15).

Figura 13. Número de hospitalizaciones de gripe para todas las edades. Castilla y León. Temporada 2021-22.

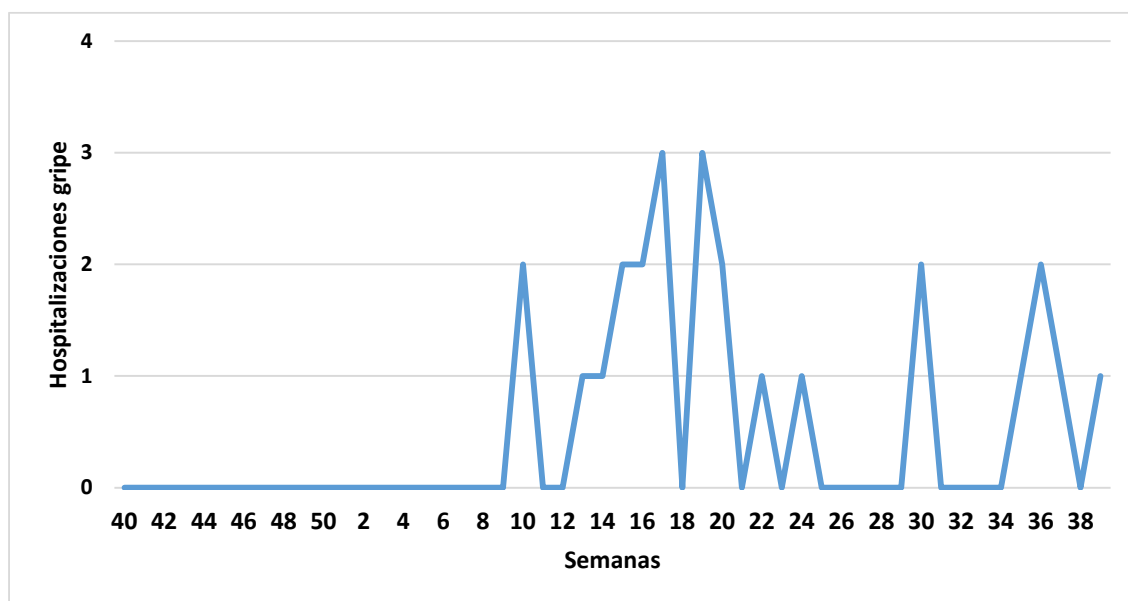


Figura 14. Incidencia semanal de gripe hospitalizada por sexo. Castilla y León. Temporada 2021-22.

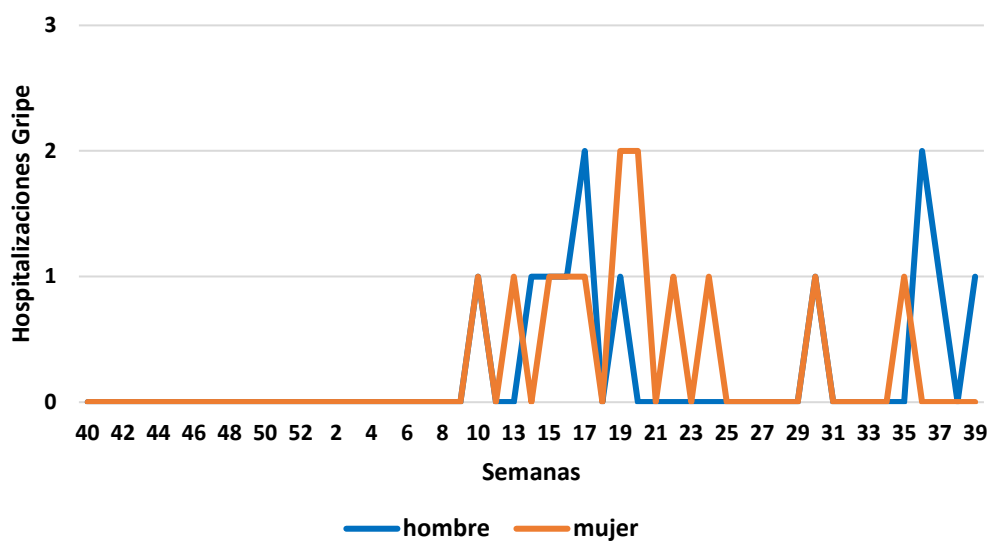
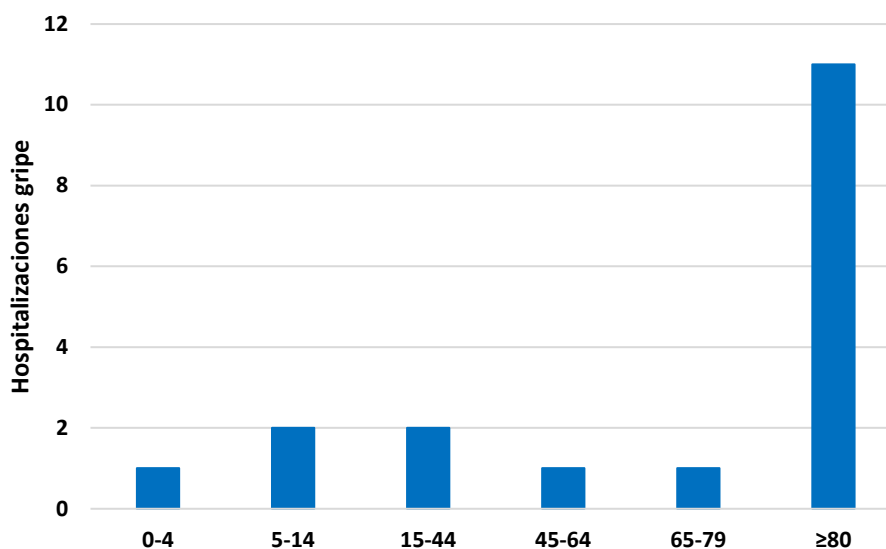
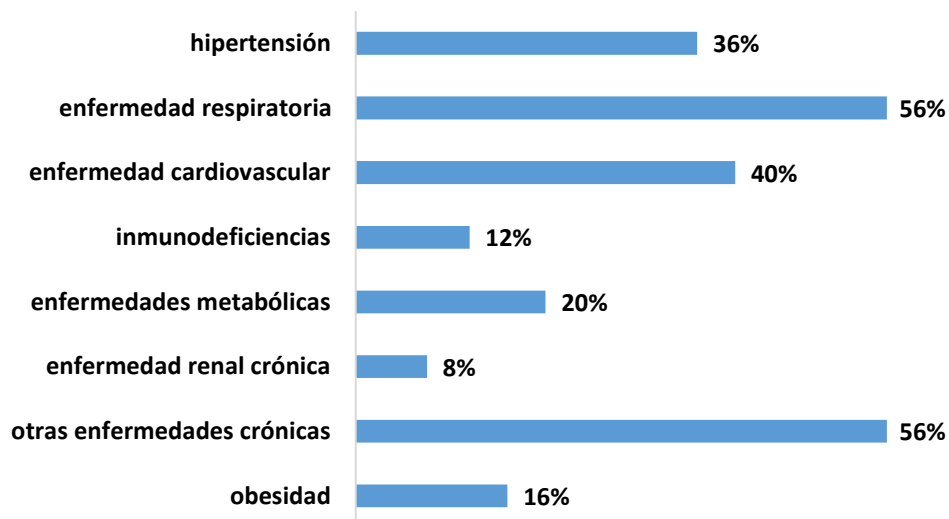


Figura 15. Hospitalizaciones de gripe por grupos de edad. Castilla y León. Temporada 2021-22.



Las enfermedades crónicas más frecuentes en los pacientes ingresados por gripe han sido la enfermedad respiratoria (56%) y otras enfermedades crónicas (56%). (Figura 16).

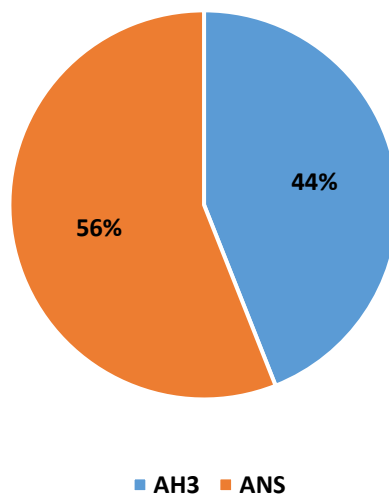
Figura 16. Porcentaje de enfermedades crónicas/factores de riesgo en gripe hospitalizada. Castilla y León. Temporada 2021-22.



No podemos mostrar datos de complicaciones en gripe porque no disponemos de ellos en esta temporada.

Tenemos información sobre la caracterización genómica de los casos hospitalizados por gripe donde la variante AH3 estaba presente en 44% de los casos diagnosticados, el resto eran no subtipables (ANS) (Figura 17).

Figura 17. Detección de virus de gripe hospitalizada. Castilla y León. Temporada 2021-22.



4.4.- Hospitalización por VRS. Vigilancia centinela de IRAG.

En la temporada 2021-2022 se han notificado **41 casos de VRS confirmados** que supone una tasa 8,5 casos por 100.000 habitantes. Las mayores tasas de hospitalización se presentan en las semanas 44/2021 a 02/2022 aunque en la semana 50/2021 no se notifica ningún caso como VRS, pero si se declaran 2 casos de OVR. (Figura 18).

Hubo 21 casos en hombres y 19 en mujeres, con tasas de 4,4 y 4 casos por 100.000, sin diferencias estadísticamente significativas.

La media de la edad de los casos fue de 31,9 años (DE±37,8) y la mediana de 1,5 años (RIC=77). En hombres la edad media fue de 32,2 años (DE±36,5) y en mujeres 34,3 años (DE±41,6). (Figura 19).

Las mayores tasas de hospitalización se observan en la población de entre 0 y 4 años. (Figura 20).

Figura 18. Ingresos semanales de VRS para todas las edades. Castilla y León. Temporada 2021-22.

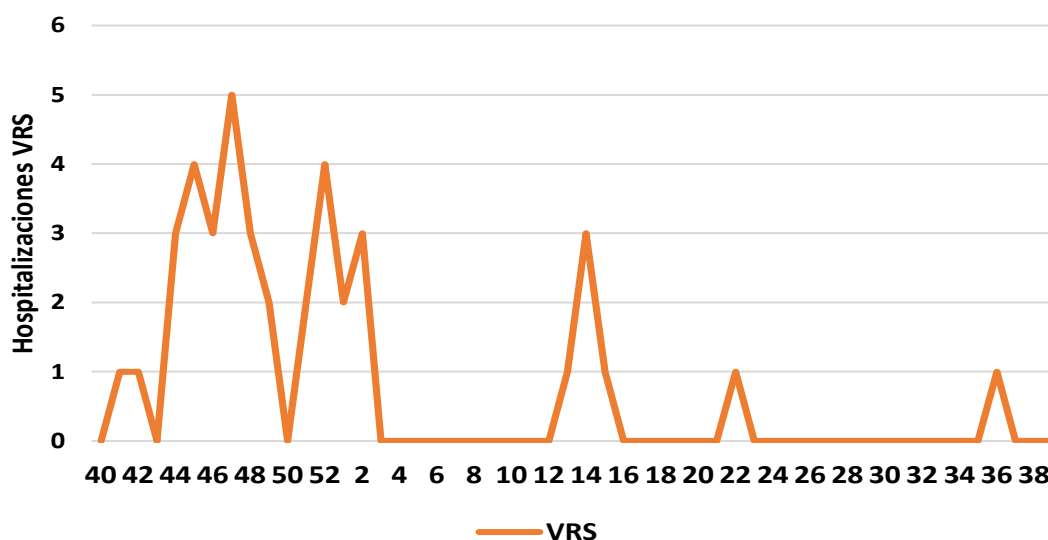


Figura 19. Incidencia semanal de VRS hospitalizados por sexo. Castilla y León. Temporada 2021-22

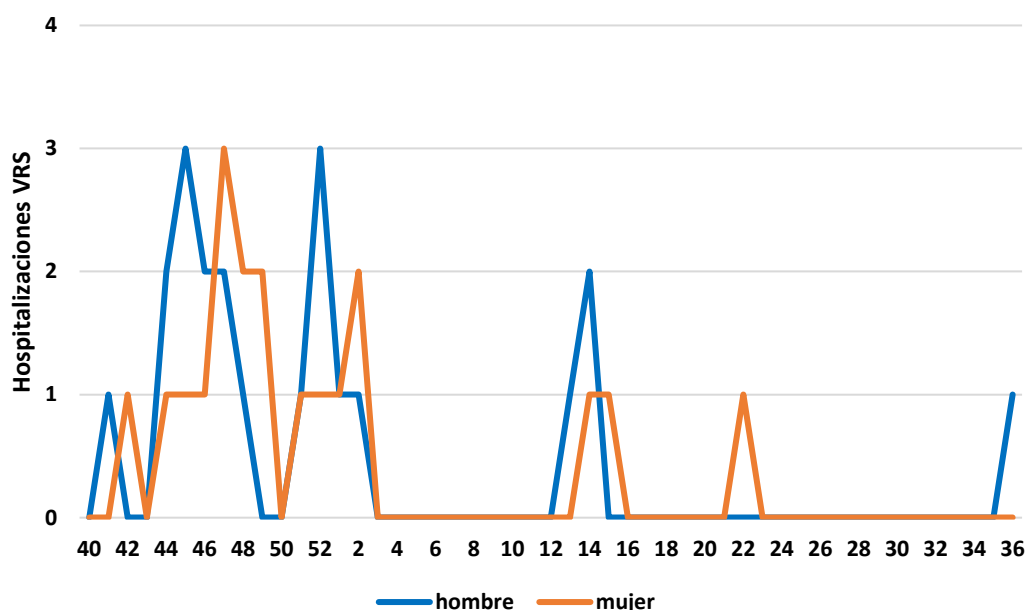
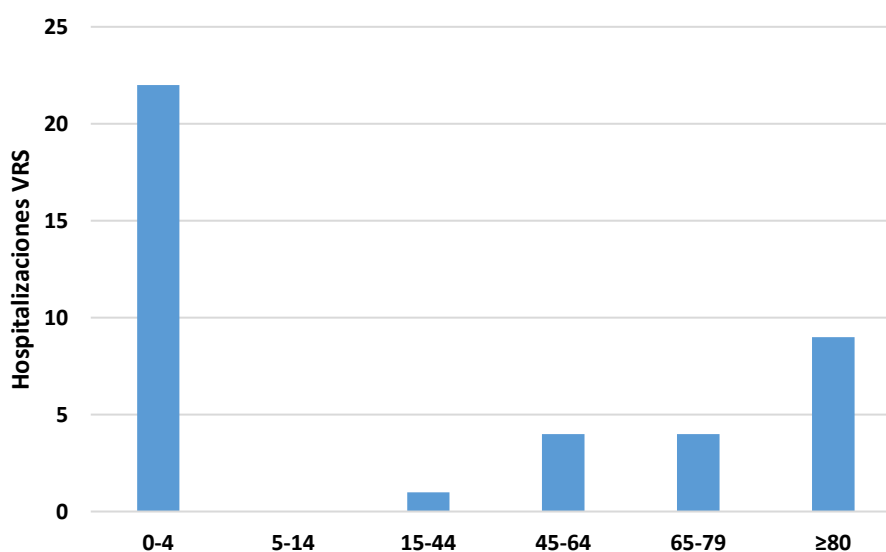


Figura 20. Hospitalización de VRS por grupos de edad. Castilla y León. Temporada 2021-22.



Las enfermedades crónicas más frecuentes en los pacientes ingresados por VRS han sido la hipertensión (28%) y otras enfermedades crónicas (20%). (Figura 21).

Las complicaciones más frecuentes han sido la neumonía (23%) y el ingreso en UCI (23%) siendo más frecuentes ambas en la población entre 0 y 4 años. La mayor letalidad se presenta en la población entre 65 y 79 años. (Figura 22 y 23).

Figura 21. Porcentaje de enfermedades crónicas/factores de riesgo en VRS hospitalizado. Castilla y León. Temporada 2021/22

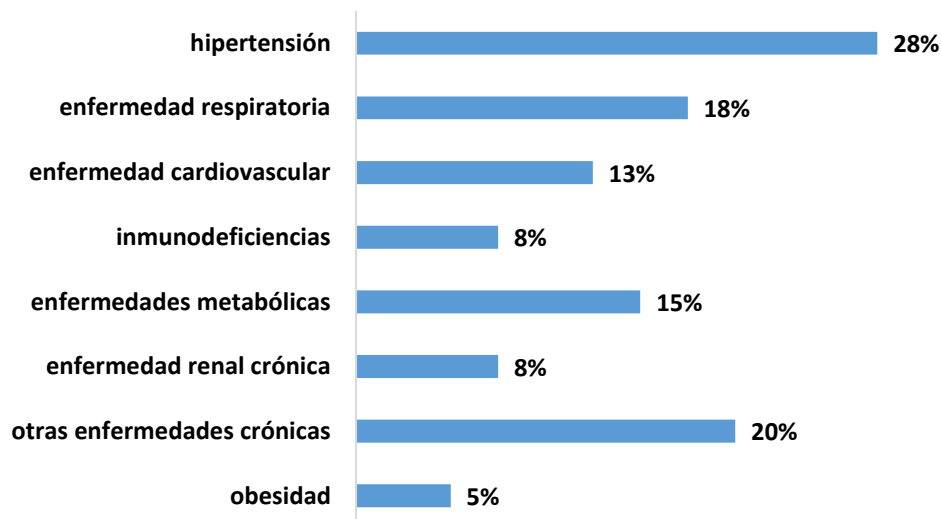


Figura 22. Porcentaje de complicaciones graves en casos de VRS hospitalizados. Castilla y León. Temporada 2021-22.

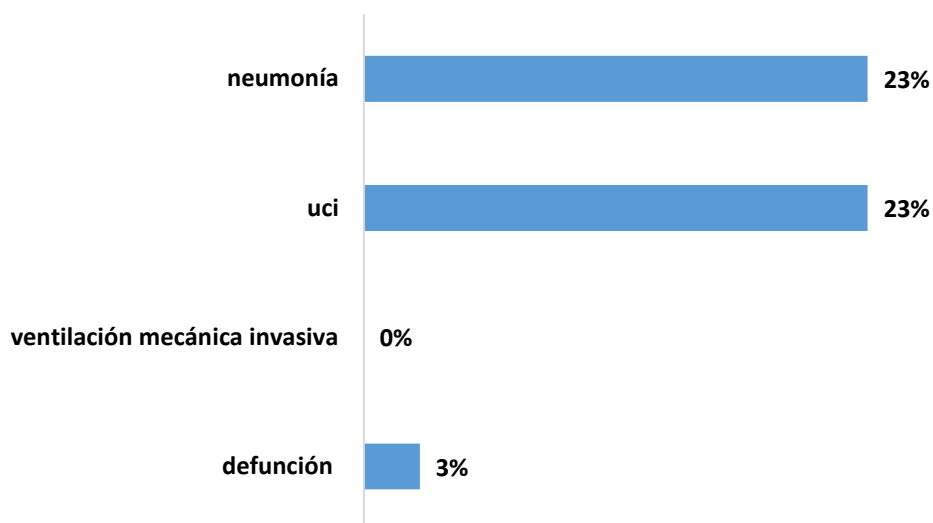
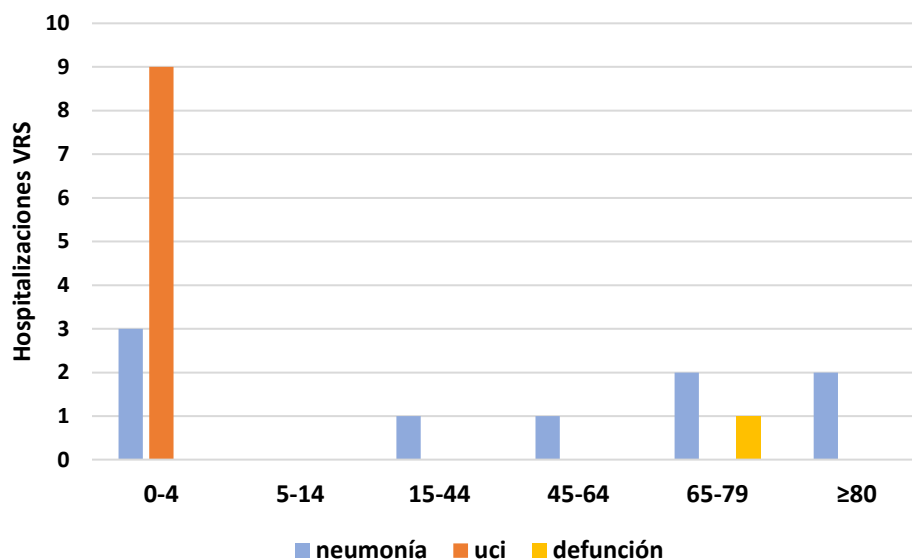
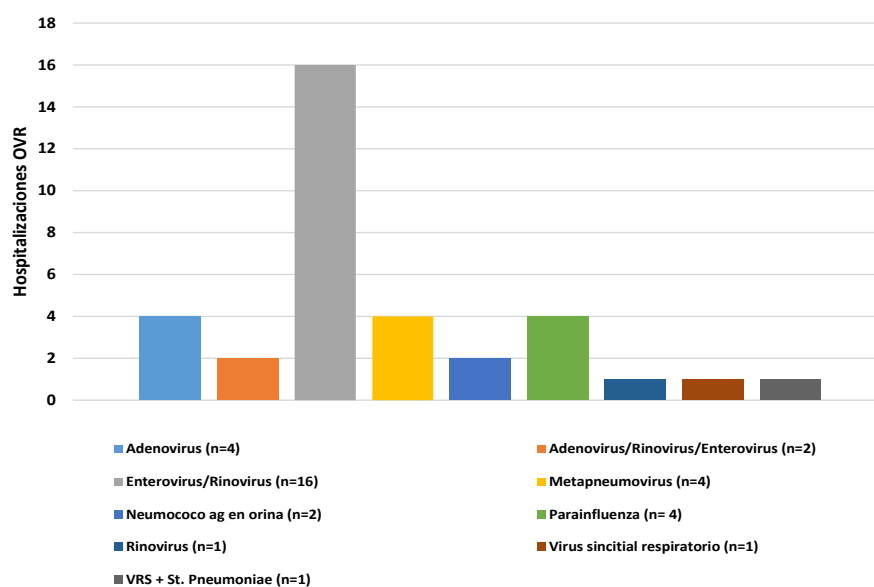


Figura 23. Número de complicaciones graves por grupo de edad en VRS hospitalizados. Castilla y León. Temporada 2021-22.



Disponemos de información sobre la caracterización de otros virus respiratorios en 35 casos siendo el más frecuente el Rino/Enterovirus (16 casos) (Figura 24).

Figura 24. Información sobre OVR hospitalizados. Castilla y León. Temporada 2021-22.



5.- CONCLUSIONES: Vigilancia de gripe, SARS-CoV2 y VRS.

- En la temporada gripal 2021-2022 la población de referencia ha sido de 606.043 habitantes. Se han notificado 362 casos de SARS-CoV2 (tasa de 48,9 casos por 100.000 habitantes), 25 casos de gripe (tasa de 3,4 casos por 100.000 habitantes), 40 casos de VRS (tasa de 5,4 casos por 100.000 habitantes) y 35 casos de OVR.
- La media de la edad de los casos fue de 73,3 años (DE±19) y la mediana de 75 años (RIC=27). El grupo de edad más afectado fue el de 80 y más años, que supone el 47,5% de los casos. El 55,4% de los casos fueron hombres.
- En esta temporada la circulación de SARS-CoV2 ha sido aún importante, con un porcentaje de positividad del 52,5% y la variante más frecuente ha sido BA.1.
- El porcentaje de positividad del virus de la gripe ha sido de un 5,2%, donde el subtipo más frecuente ha sido AH3 (44%).
- En 54 casos diagnosticados de SARS-CoV-2 (14,9%) no consta antecedentes de vacunación.
- En 12 casos diagnosticados de gripe (48%) no consta antecedentes de vacunación.
- El factor de riesgo más frecuente en SARS-CoV-2 otras enfermedades crónicas (66%), en gripe no disponemos de información y en VRS, la hipertensión (27%).
- La complicación más frecuente fue en SARS-CoV-2 la neumonía en población de 80 o más años, en gripe no disponemos de información y en VRS la neumonía y el ingreso en uci más frecuente en la población entre 0 y 4 años.
- Ingresaron en UCI 49 casos, 33 hombres y 16 mujeres, que suponen el 6,6% de los casos graves, con una media de 5 días de ingreso.

- Se han notificado 59 defunciones, 8 de los cuales estuvieron ingresados en UCI.

6.- RECOMENDACIONES

- Desde el inicio de la vigilancia la cumplimentación de las variables de la encuesta epidemiológica ha ido mejorando y aunque es necesario insistir en la necesidad de completar algunas variables, como la fecha de alta, el porcentaje de cumplimiento de las variables es, en general, muy bueno.
- Hay que recordar que la Vigilancia de los casos de infecciones respiratorias agudas graves (IRAG) supone una carga de trabajo mayor, más acentuado en las últimas y primeras semanas de cada año y que debe tenerse en cuenta en la planificación de la actividad laboral de esas fechas y en la distribución de las cargas de trabajo.
- Como en otras temporadas, hay que recordar la importancia de revisar la información y conseguir la mayor exhaustividad posible en las variables de más difícil cumplimiento.
- Aunque el tiempo entre el diagnóstico de caso y la notificación ha disminuido respecto a temporadas anteriores es importante insistir en ello.
- La disminución brusca de casos en nuestro registro de gripe es muy probable que haya podido deberse a la implantación del nuevo sistema de vigilancia. Esto ha podido dificultar la recogida de los casos de gripe.
- Se deben de secuenciar todos los virus SARS-CoV-2 positivos e incluir el resultado en la encuesta de caso.

Referencias:



1. MANUAL DE DEFINICIONES ESTADÍSTICAS DE CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA C1 CON INTERNAMIENTO. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:
<https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2015/Definiciones2009.pdf>.
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>

Enlaces de interés:

Gripe, COVID-19 y otros virus respiratorios (isciii.es)
Informes de Gripe Grave | Profesionales (saludcastillayleon.es)

ANEXOS

Anexo 1: Encuesta epidemiológica-Infección respiratoria Aguda Grave (IRAG)

 Junta de Castilla y León Consejería de Sanidad	ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA - INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG)	 Red de Vigilancia Epidemiológica de Castilla y León
N° de caso: _____ N° de HC: _____ Año: _____ Semana n° _____ que termina el domingo día _____		
DATOS DE FILIACIÓN DEL ENFERMO		
Apellidos y Nombre: _____		NIF: _____ CIP: _____
Fecha de nacimiento (día/mes/año): _____	Edad (años): _____	Sexo (H/M): _____ País: _____
Provincia: _____	Localidad: _____	<input type="checkbox"/> Desplazado
ZBS: _____	Dirección: _____	CP: _____ Teléfono: _____
Centro de trabajo o enseñanza: _____		
Situación laboral / Ocupación: _____ / _____		
CASO HOSPITALIZADO		
Hospital: _____		
Fecha de ingreso en el hospital: _____		Servicio en el que ingresa: _____
Toma de muestra: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No N° de hospitalizaciones en los últimos 12 meses _____		
Síntomas de la definición del caso		
Tos	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Anosmia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Disgeusia	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Fiebre	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Enfermedad de base/factores de riesgo		
Enfermedad cardiovascular crónica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Hipertensión arterial (HTA)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Enfermedad respiratoria crónica (incluye asma)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Inmunodeficiencias	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Enfermedades metabólicas (incluye diabetes)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Enfermedad hepática crónica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Enfermedad renal crónica	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Otras enfermedades crónicas	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Embarazo	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Obesidad (IMC ≥ 30 en adultos o ≥ 95 en < 18 años)	SI <input type="checkbox"/>	NO <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Tabaquismo	Fumador actual <input type="checkbox"/>	Nunca <input type="checkbox"/> Exfumador (<=1 año) <input type="checkbox"/> NC <input type="checkbox"/>
Evolución/Complicaciones durante el ingreso		
Fallo renal agudo	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Neumonía	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Ingreso en UCI	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fecha de ingreso en UCI _____		
Fecha de alta de UCI _____		
Ventilación mecánica invasiva	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Alta hospitalaria	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fecha de alta hospitalaria _____		
Defunción en el hospital	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
Fecha de defunción _____		

Laboratorio

Toma de muestra para virus de la gripe Si No No Consta

Clave ID muestra para gripe _____

Fecha toma de muestra para gripe _____

Fecha diagnóstico de gripe _____

Detección viral gripe Si No No Consta

Técnica gripe utilizada Cultivo EIA IF PCR Otras

Tipo gripe Gripe A Gripe B Gripe C Otro

Subtipo gripe _____

Especifique otro _____

Cepa referencia gripe _____

Toma de muestra para virus para SARS-CoV2 Si No No Consta

Clave ID muestra para SARS-CoV2 _____

Fecha toma de muestra para SARS-CoV2 _____

Fecha diagnóstico para SARS-CoV2 _____

Detección viral SARS-CoV-2 Si No

Técnica SARS-CoV-2 utilizada PCR Test de antígeno

Variante de SARS-CoV-2 _____

Especifique otra _____

Identificador de GISAID del virus SARS-CoV2 _____

Antecedente PDIA+ para SARS-CoV-2 Si No Desconocido

Fecha antecedente PDIA+ para SARS-CoV-2 _____

Toma de muestra para VRS Si No No consta

Detección viral VRS Si No No consta

Detección otros virus respiratorios diferentes a virus gripe, SARS-CoV-2 y VRS _____

Fecha diagnóstico de otros virus respiratorios _____

Vacunación frente a la gripe y a COVID-19

No Si Número de dosis recibidas: _____ Fecha de última dosis: _____

Vacuna	Fecha	Lote	Centro

Presenta documento de vacunación: SI NO

Grupo poblacional de vacunación COVID-19 _____

Reingreso del caso con IRAG Si No No consta

MÉDICO DECLARANTE

Fecha de declaración: _____ Año: _____ Semana n° _____ que termina el domingo día _____
 Apellidos y Nombre: _____ CIAS: _____
 Centro Sanitario: _____ Teléfono: _____
 Provincia: _____ Municipio: _____