

ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL FRENTE A COVID-19 TRAS LA FASE AGUDA DE LA PANDEMIA **Documento Adaptado. Servei d'Epidemiologia. Direcció General de Salut Pública.**

11 de abril de 2022

El documento origen es: "Estrategia de vigilancia y control frente a covid-19 tras la fase aguda de la pandemia " del Ministerio de Sanidad. Actualizado a 23 de marzo de 2022. (Corrección de erratas el 25 de marzo de 2022).

Esta estrategia seguirá en vigor mientras no se produzca un cambio significativo en la tendencia que indique una circulación no controlada del SARS-CoV-2 o bien un cambio en la situación epidemiológica que requiera restablecer medidas de vigilancia y control a propuesta de la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta.

Durante esta fase transitoria se deben conservar las estructuras extraordinarias de vigilancia y control desarrolladas durante la pandemia y garantizar que se podrían reactivar por parte de las CCAA y la administración general de Estado en caso necesario.

CONTEXTO

- Cambio de las características epidemiológicas y del comportamiento de la epidemia.
- La sexta onda epidémica en España: Alta incidencia con una presión muy alta sobre los sistemas de atención primaria y de salud pública pero con un impacto menor sobre la atención hospitalaria.
- Altos niveles de inmunidad alcanzados.
- La disponibilidad de tratamientos antivirales cada vez más efectivos
- Necesidad de dirigir las actuaciones a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad.
- Necesidad de monitorizar los casos de COVID-19 graves y en ámbitos y personas vulnerables.

Índice de contenidos:

- Puntos clave de la actualización de la estrategia.
- Definiciones.
- Objetivos.
- Actuaciones ante personas con síntomas compatibles.
- Actuaciones ante casos confirmados.
- Estudio y actuaciones ante contactos estrechos.
- Actuaciones en ámbitos específicos.
- Sistemas de vigilancia. Notificaciones.
- Indicadores.
- Anexo: Identificación de variantes circulantes del SARS-CoV-2: Integración de la secuenciación genómica en la vigilancia.

PUNTOS CLAVE EN LA ACTUALIZACIÓN DE LA ESTRATEGIA

AMBITO COMUNITARIO,

- No se considera indicada la realización de prueba diagnóstica excepto que se reunan las condiciones contempladas en alguno de los apartados esta estrategia.
- El objetivo es que los casos leves o asintomáticos y los contactos estrechos extremen las precauciones usando mascarilla, reduciendo su interacción social y evitando el contacto con vulnerables
- No se considera necesario aplicar de forma estricta y exhaustiva las medidas de aislamiento de casos y cuarentena de contactos.

ESTRATEGIA DIAGNÓSTICA

- El diagnóstico de pacientes con síntomas leves compatibles con COVID-19 se realizará según las necesidades de manejo clínico del mismo.
- Se indica prueba para confirmación en personas con síntomas compatibles con COVID-19 grave o síntomas leves con factores de vulnerabilidad que pueden beneficiarse de un tratamiento temprano.
- Personas que tienen contacto con poblaciones vulnerables.

VIGILANCIA de COVID-19.

Vigilar el impacto de la enfermedad en personas vulnerables, hospitalizaciones y fallecimientos y monitorizar los cambios que puedan generar una modificación en las tendencias favorables que se están observando en este momento. Esta estrategia de vigilancia y control reduce la presión sobre los casos leves o asintomáticos y sus contactos.

Se vigilarán:

- Los brotes en ámbitos vulnerables.
- Los casos confirmados en personas con factores de vulnerabilidad.
- Los casos confirmados asociadas ámbitos vulnerables.
- Los casos confirmados graves.
- El resto de casos confirmados recogiendo mínimo de variables.

- La vigilancia en esta fase de transición dará paso a un sistema consolidado de vigilancia de las infecciones respiratorias agudas que deberá integrar los sistemas de vigilancia centinela.
- Se suprime la necesidad de la notificación al Servei d'Epidemiologia de la informació agregada de casos sospechosos, PDIAs realizadas a estos casos y resultados positivos de las mismas.

CONTROL de CASOS

- Aislamientos: Indicados sólo en entornos en los que las prácticas de prevención y control son clave para mitigar los efectos de COVID-19 en términos de morbilidad, mortalidad y carga de atención sanitaria. No indicados en el ámbito comunitario.

CONTROL de CONTACTOS

- Objetivo: Protección de las personas pertenecientes a grupos vulnerables y el diagnóstico precoz para el control de la transmisión, tanto entre las personas vulnerables como a partir de otras personas relacionadas con estos ámbitos.
- Contactos estrechos: No es obligatoria la cuarentena.

CRIBADOS

No indicados en general. No se considera necesaria, de manera general, la realización de cribados previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales. En cualquier caso, los centros hospitalarios podrán considerar el uso de cribados en situaciones específicas y con el objetivo de proteger a los pacientes vulnerables a criterio de los responsables de control de la infección.

OTROS

En ámbitos vulnerables, como centros sanitarios asistenciales o sociosanitarios se podrán implementar medidas específicas de aislamiento y control.

DEFINICIONES

Ámbitos vulnerables: Centros sanitarios asistenciales, centros sociosanitarios y centros de día que prestan asistencia sociosanitaria, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizadas.

Personas relacionadas con ámbitos vulnerables: Personas que residen o acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables, así como trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.

Grupos vulnerables: Personas de 60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca y embarazadas.

Inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca: Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), independientemente del tiempo desde el trasplante; receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo); inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal; personas que han recibido en los tres meses anteriores (seis meses en caso de rituximab) fármacos anti CD20 o belimumab; Síndrome de Down de edad superior a los 40 años.

PDIA: Prueba diagnóstica de infección activa. Incluye pruebas basadas en la detección de antígenos y pruebas basadas en la detección de ARN viral mediante una RT-PCR o una técnica molecular equivalente.

Persona con clínica compatible: Persona con síntomas respiratorios agudos consistentes en inicio súbito en los últimos 10 días de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, disnea, dolor de garganta o rinorrea, con o sin fiebre. Otros síntomas como anosmia, ageusia, diarreas, dolor torácico o cefalea, entre otros, pueden ser considerados también síntomas de sospecha de infección por SARS-CoV-2 según criterio clínico.

Caso grave: A efectos de la vigilancia, en este procedimiento, se considerarán casos graves aquellos que requieran ingreso hospitalario DEBIDO A LA INFECCIÓN POR COVID-19.

Caso confirmado: personas con PDIA positiva. A efectos de vigilancia y notificación no se tendrán en cuenta los resultados de los test de autodiagnóstico.

Caso confirmado de reinfección: persona que presenta una nueva PDIA positiva tras una infección confirmada si han transcurrido al menos 90 días desde la infección previa.
Podrán considerarse también casos de reinfección aquellos en que habiendo transcurrido al menos 30 días desde la infección previa, el resultado de la PDIA sea compatible con una carga viral alta (detección de antígeno positiva o PCR compatible con carga viral elevada a juicio del laboratorio que realiza la prueba) o en los que haya evidencia de que se debe a una variante diferente.

Brote: A efectos de notificación a se considera un brote una agrupación de 3 o más casos vinculados a ámbitos vulnerables.

Se considera brote abierto aquel que ha tenido casos en los últimos 20 días, y cerrado aquel sin casos en los últimos 20 días. Se considera brote activo aquel que haya tenido casos en los últimos 10 días.

Contacto estrecho: Cualquier persona que haya proporcionado cuidados a un caso o haya estado en contacto con sus secreciones y fluidos: Personal sanitario o socio-sanitario que NO haya utilizado las medidas de protección adecuadas, convivientes o personas que tengan otro tipo de contacto físico similar o cualquier persona que haya manipulado muestras biológicas sin las debidas medidas de protección.

De forma general, a nivel comunitario, se considerará contacto estrecho a cualquier persona que haya estado en el mismo lugar que un caso, a una distancia menor de 2 metros y durante un tiempo total acumulado de más de 15 minutos en 24 horas. En entornos en los que se pueda hacer una valoración del seguimiento de las medidas de prevención podrá realizarse una valoración individualizada por el servicio de prevención de riesgos laborales o el responsable que sea designado para ese fin. A la hora de establecer el riesgo, se

tendrán en cuenta determinadas circunstancias como espacios en que haya riesgo elevado de generación de aerosoles u otras características personales o sociales del entorno en que se evalúe la posible transmisión. El periodo a considerar para la definición de contacto estrecho será desde dos días antes del inicio de síntomas o del diagnóstico si el caso es asintomático hasta el momento en el que el caso es aislado.

El concepto de “Ámbito vulnerable” debe asociarse en general a instituciones cerradas y a ámbitos en los que la probabilidad de generarse casos graves es elevada y no se identifica necesariamente con el concepto de “Grupo Vulnerable” ni con el de “Persona vulnerable”.

La protección de personas vulnerables es uno de los ejes de esta estrategia, y se aplica independientemente del contexto (ámbito o grupo). Esta protección es la que – cualquiera que sea el perfil del caso y cualquiera que sea el ámbito o grupo- debe regir los criterios de control ante casos compatibles o confirmados.

Evitar el contacto con personas vulnerables es una recomendación que figura en esta estrategia tanto en el contexto de casos con clínica compatible como de casos confirmados e independientemente del perfil profesional de los mismos.

OBJETIVOS

- Vigilancia, prevención y control de la infección activa por SARS-CoV-2 y con especial seguimiento de la evolución epidemiológica en ámbitos y grupos vulnerables.
- Evaluación del impacto de la COVID-19 a partir del análisis de los casos graves y fallecidos.
- Vigilar los cambios de patrones epidemiológicos de la enfermedad así como la aparición de nuevas variantes que puedan condicionar una peor evolución de la epidemia, para poder tomar medidas de forma precoz.
- Establecer indicadores de seguimiento que permitan instaurar las medidas de control oportunas en caso necesario.
- Favorecer la normalización de la asistencia sanitaria tras la fase aguda de la pandemia minimizando los riesgos.

ACTUACIONES ANTE PERSONAS CON SÍNTOMAS COMPATIBLES

a) INDICADA PDIA

1. “Persona con clínica compatible **Y** que CUMPLA ALGUNO de los siguientes criterios”:

- Criterios de vulnerabilidad:
 - 60 años o más
 - Inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca. (Ver nota1)
 - Embarazadas.
- Criterios respecto de ámbitos vulnerables:
 - Personas que residen, acuden, están ingresadas o trabajan en ámbitos vulnerables (centros sanitarios asistenciales hospitalarios, centros sociosanitarios y centros de día, centros penitenciarios y otros centros con personas institucionalizada).
 - Trabajadores que prestan apoyo y cuidado a personas vulnerables.
- Criterio de gravedad: Presentar un cuadro de infección respiratoria aguda de vías bajas que requiera ingreso hospitalario (preferiblemente diagnosticado por PCR).
- Criterio de procedencia: Que se tenga constancia de que haya estado en los últimos 14 días en una región en la que esté circulando una variante de interés o de preocupación que no haya mostrado circulación comunitaria en nuestro territorio (Ver nota2) y colectivos de población migrante de reciente llegada a España (Ver nota3).

Nota 1: Receptores de trasplante de progenitores hematopoyéticos o CAR-T, en los dos años tras el trasplante/tratamiento, en tratamiento inmunosupresor o que tengan una enfermedad del injerto contra el huésped (EICH), independientemente del tiempo desde el trasplante; receptores de trasplante de órgano sólido (menos de dos años o con tratamiento inmunosupresor para eventos de rechazo); inmunodeficiencias primarias: combinadas y de células B en las que se haya demostrado ausencia de respuesta vacunal; personas que han recibido en los tres meses anteriores (seis meses en caso de rituximab) fármacos anti CD20 o belimumab; Síndrome de Down de edad superior a los 40 años.

Nota 2: El Comité de Coordinación de la Red de laboratorios de secuenciación definirá estas regiones.

Nota 3: El colectivo de población migrante se considera también susceptible de realizar una PDIA no por ser vulnerables en términos de salud, sino por proceder de países con coberturas de vacunación desconocidas o bajas y desconocer la situación de circulación de variantes.

2. Test autodiagnóstico con resultado positivo **Y** que CUMPLE ALGUNO DE LOS CRITERIOS del apartado a1.

3. Medidas de control

a) A la espera de resultado

- Reducir interacciones sociales.
- Uso de mascarilla.
- Higiene de manos.

b) Resultado negativo. Se considerará que los síntomas no se deben a Covi-19. Se seguirán las instrucciones de los servicios sanitarios asistenciales.

(Si tras un resultado negativo de una PDIA se produjese un empeoramiento del cuadro clínico se realizará una segunda PDIA, al menos con una separación de 48 horas desde la anterior).

b) NO INDICADA PDIA

1. Persona con clínica leve **Y** que NO CUMPLE NINGUNO de los criterios establecidos en el apartado a1.

Recomendaciones (durante los 10 días posteriores al inicio de síntomas)=

- Reducir todo lo posible las interacciones sociales.
 - Utilizar de forma constante la mascarilla.
 - Mantener una adecuada higiene de manos.
 - Evitar especialmente el contacto con personas vulnerables.
 - Evitar la participación en eventos multitudinarios.
 - Siempre que sea posible y en caso de que no sea susceptible de una incapacidad temporal, se recomienda el teletrabajo.
2. Test autodiagnóstico con resultado positivo **Y** que NO CUMPLE NINGUNO de los criterios establecidos en el apartado a1.

c) INDICACIÓN BAJO CRITERIO CLÍNICO

El profesional sanitario que atienda a un caso con clínica compatible, podrá indicar la realización de una PDIA bajo criterio clínico.

ACTUACIONES ANTE CASOS CONFIRMADOS

- Durante los 10 días posteriores al inicio de síntomas o al diagnóstico en el caso de las personas asintomáticas:
 - Reducir todo lo posible las interacciones sociales.
 - Utilizar de forma constante la mascarilla.
 - Mantener una adecuada higiene de manos.
 - Evitar especialmente el contacto con personas vulnerables.
 - Evitar la participación en eventos multitudinarios.
 - Siempre que sea posible y en caso de que no sea susceptible de una incapacidad temporal, se recomienda el teletrabajo.

- Los casos confirmados deben informar a sus contactos estrechos de su diagnóstico positivo para que estos observen las medidas de prevención recomendadas.

- Personas que trabajan en ámbitos vulnerables. Trabajadores que prestan apoyo y cuidados a personas vulnerables:
 - No acudirán a su centro de trabajo durante los primeros 5 días desde el inicio de síntomas o de la fecha de diagnóstico en caso de personas asintomáticas.
 - Tras estos 5 días y si han transcurrido 24 horas tras la desaparición de la fiebre o con mejoría de los síntomas, se realizará una prueba de Ag.
Resultado negativo: Reincorporarse a su lugar de trabajo.
Resultado positivo: Repetir la prueba cada 24 horas hasta obtener un resultado negativo.

- Los casos hospitalizados:
 - Aislamiento durante su estancia en el hospital hasta la obtención de un resultado negativo en una PDIA o una PCR positiva compatible con cargas virales bajas según establezca el laboratorio que realiza la prueba.
 - Los profesionales responsables del control de la infección a nivel hospitalario podrán adaptar estas recomendaciones tras la valoración de cada situación.
 - Si continúa presentando clínica tras el alta hospitalaria y hasta su resolución:
 - Extremar precauciones.
 - Reducir interacciones sociales.
 - Uso mascarilla
 - Higiene de manos.

- Respecto al manejo de los cadáveres de los casos confirmados, éste se realizará del mismo modo que el resto de cadáveres de grupo III según la Guía de Consenso sobre Sanidad Mortuoria

ESTUDIO Y ACTUACIONES ANTE CONTACTOS ESTRECHOS

Realizar la identificación de contactos estrechos EXCLUSIVAMENTE en los ÁMBITOS VULNERABLES (ver apartado de "DEFINICIONES).

- Objetivo:
 - Protección de las personas pertenecientes a grupos vulnerables.
 - Diagnóstico precoz entre las personas vulnerables.

- Realización de PDIA:
 - A los contactos estrechos en ámbitos vulnerables.
 - A los 3-5 días del seguimiento.

- Los contactos estrechos NO realizarán cuarentena.

- Medidas de control. Durante los 10 días posteriores a la última exposición:
 - Reducir todo lo posible las interacciones sociales.
 - Utilizar de forma constante la mascarilla.
 - Mantener una adecuada higiene de manos.
 - Evitar especialmente el contacto con personas vulnerables.

ACTUACIONES EN ÁMBITOS ESPECÍFICOS

A. Residencias para mayores y otros centros socio sanitarios.

- Ante la aparición de un caso con clínica compatible en un residente:
 - Aislamiento hasta la obtención de resultado de la PDIA.
 - Si el resultado es positivo:
 - Mantener aislamiento.
 - Aislamiento durante:
5 días desde el inicio de síntomas o desde el diagnóstico en los casos asintomáticos
Y
siempre que hayan transcurrido 24 horas tras la resolución de los síntomas.
 - Para aquellas personas con enfermedad grave o inmunosupresión el periodo de aislamiento se adaptará en función del curso clínico.
 - Estudiar los contactos estrechos.

- Caso confirmado en personal socio-sanitario:
 - No acudirá a su centro de trabajo durante los primeros 5 días desde el inicio de síntomas o de la fecha de diagnóstico en caso de personas asintomáticas.
 - Personal sin contacto directo con los residentes: Reincorporación tras los 5 días y sin clínica.
 - Personal que tiene contacto directo con los residentes:
Indicar prueba de Ag:
Pasado los 5 días
Y
tras 24 horas sin síntomas
Resultado negativo: Reincorporación a su lugar de trabajo.
Resultado positivo: Repetir la prueba cada 24 horas.

- En este ámbito se aplicarán medidas de intervención y control específicas ante la detección de un solo caso en residentes o de tres casos en trabajadores.

B. Centros penitenciarios y otras instituciones cerradas.

Se seguirá lo establecido en el protocolo específico

C. Centros educativos

En el ámbito educativo no se establecerá ninguna actuación ni medidas específicas dirigidas a casos o contactos diferentes a las definidas en esta estrategia. Los aspectos organizativos de los centros educativos se describen en el Documento sobre medidas de prevención e higiene de los centros educativos.

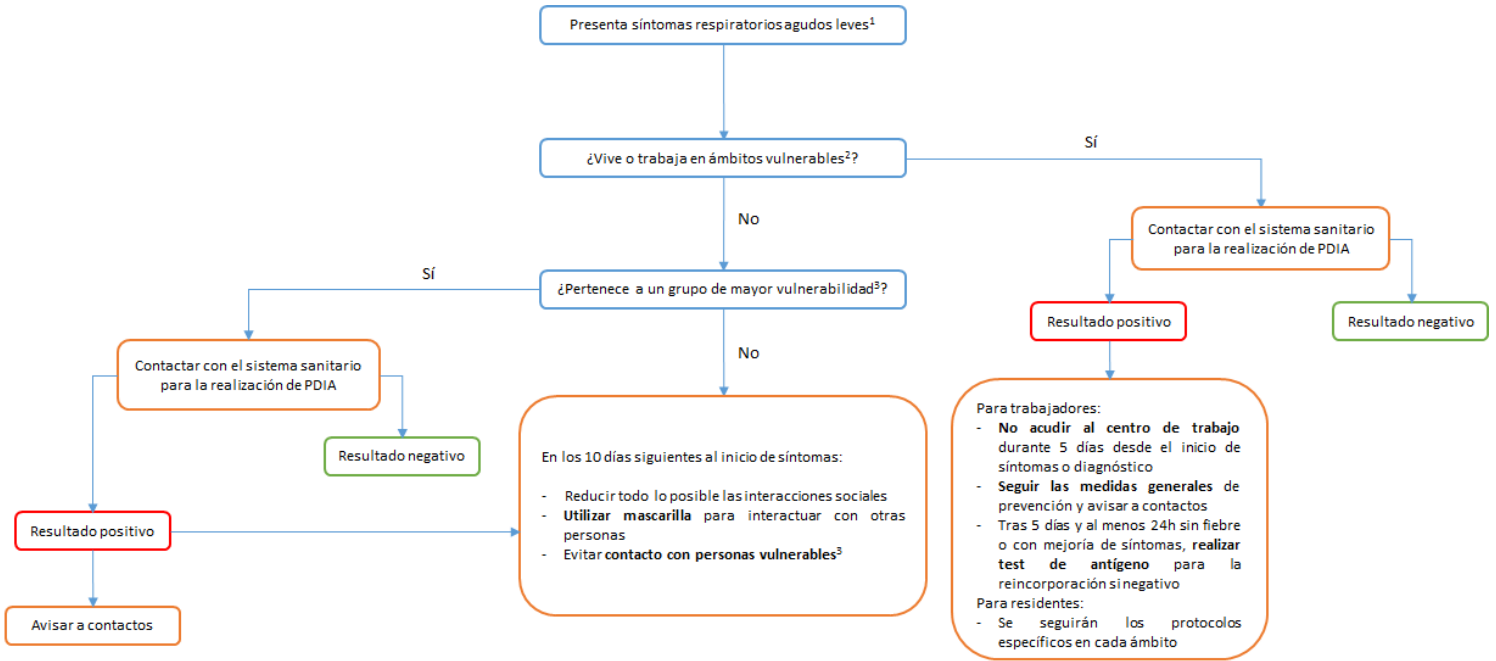
D. Otros centros de trabajo

En el resto de lugares de trabajo no se establecerá ninguna actuación ni medidas específicas dirigidas a casos o contactos diferentes a las definidas en esta estrategia. Las medidas de prevención se describen en el Procedimiento para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al SARS-CoV-2.

E. Centros sanitarios:

No se considera necesaria, de manera general, la realización de cribados previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales. En cualquier caso, los centros hospitalarios podrán considerar el uso de cribados en situaciones específicas y con el objetivo de proteger a los pacientes vulnerables a criterio de los responsables de control de la infección.

Figura . Algoritmo de manejo de casos leves



¹Inicio súbito en los últimos 10 días de cualquiera de los siguientes síntomas: tos, dolor de garganta o rinorrea, con o sin fiebre.

²Centros sanitarios asistenciales, centros socio-sanitarios y otros centros con personas institucionalizadas, trabajadores que prestan cuidados a personas vulnerables.

³60 años o más, inmunodeprimidos por causa intrínseca o extrínseca, y mujeres embarazadas.

Contactar con el sistema sanitario si los síntomas empeoran o persisten durante mucho tiempo

SISTEMAS DE VIGILANCIA. Notificaciones.

a) Notificación individualizada de casos confirmados de SARS-CoV-2 y de ampliaciones de información.

NOTA DEL SERVEI D'EPIDEMIOLOGIA:

El Centro Nacional de Epidemiología y el Servei d'Epidemiología de la DGSPiP están en proceso adaptación-modificación de las aplicaciones que soportan el registro de casos. Una vez finalizado este proceso, se indicará al Servei de Salut las modificaciones a realizar en las variables y en los criterios establecidos en la extracción diaria de casos y se modificará el protocolo de notificación. Hasta entonces, se notificarán los casos confirmados utilizando la extracción diaria habitual o el protocolo hasta ahora vigente y cumplimentando todas las variables de todos los casos confirmados.

▪ **Casos confirmados que CUMPLEN criterio de indicación de prueba diagnóstica:**

Notificación diaria de los casos diagnosticados en el día anterior.

Se aportarán las variables que figuran en el protocolo de notificación

Fuentes que deben notificar casos:

- Atención primaria del Servei de Salut. Hospitales Públicos y Privados.
- Servicios de Prevención. Unidades de Salud Laboral.
- Unidad o estructura que detecte un caso y tengan la disponibilidad de variables.
- Laboratorios: Cuando la prueba no haya sido prescrita desde el ámbito clínico y por tanto sea previsible que desde ese ámbito no se realice la comunicación.

Notificaciones serán remitidas a vigilancia@dgsanita.caib.es

Modo de notificación:

- Atención primaria del Servei de Salut: La notificación de caso se establece mediante envío diario y automatizado de la información de cada caso desde su sistema de información.
- Resto de fuentes de información: La notificación de caso se establece utilizando el protocolo de notificación vigente y disponible en www.epidemiologia.caib.es protegido con la contraseña habitualmente utilizada por la fuente o acordada con el destinatario.
- Los hospitales que cuenten con servicios de Medicina Preventiva o Epidemiología, realizarán las notificaciones de caso a través de dichas unidades.
- El resto de hospitales (sean de la Red Sanitaria Pública o Privada) así como cualquier otra fuente de información designará una persona/s de referencia para la notificación de casos y modificaciones y facilitará sus datos al servicio de epidemiología: identificación nominal, teléfono y email.
- En el ámbito hospitalario, ante la duda de si algún caso que ingresa está ya notificado, consultará este extremo directamente con el Servei d'Epidemiología. (vigilancia@dgsanita.caib.es).

Ampliaciones de información: Para este tipo de notificación se establece la obligatoriedad (desde cualquier tipo de fuente) de notificar las ampliaciones de información respecto de las siguientes variables :

Fallecimiento (diferenciando por Covid o por otras causas) y fecha de defunción.

Ingreso hospitalario (debido a Covid-19) y fecha.

Ingreso en UCI (debido a Covid-19) y fecha. Alta de UCI y fecha.

Alta hospitalaria y fecha.

▪ **Casos confirmados que NO CUMPLEN criterio de indicación de prueba diagnóstica:**

Notificación diaria de los casos diagnosticados en el día anterior.

Se aportarán las siguientes variables:

Edad

Sexo

Residencias habitual: Municipio.

Residencias habitual: Zona básica de Salud

Fecha de diagnóstico

Fuentes que deben notificar casos: Todas las fuentes.

(Se reforzará la secuenciación genómica y su integración en la vigilancia ya que ésta es necesaria para poder detectar, caracterizar y monitorizar las variantes del SARS-CoV-2. Ver anexo correspondiente).

b) Información del SIVIRA (Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas).

Nota: Desarrollado en otros documentos.

- Información derivada de los códigos de IRAS obtenida de forma automática de los registros de atención primaria (OMI-AP, eSIAP y otras aplicaciones) de los Servicios de Salud de las CCAA. Extracción semanal de datos.

(Nota: En vías de establecerse este sistema en nuestra Comunidad Autónoma)

- Vigilancia centinela de Infecciones Respiratorias Agudas (IRAS)

(Nota: En vías de establecerse este sistema en nuestra Comunidad Autónoma)

- Vigilancia centinela de Infecciones Respiratorias Agudas Graves (IRAG).

(Nota: Establecido este sistema en nuestra Comunidad Autónoma con fuente Hospital Universitario Son Espases)

c) Notificación de brotes de SARS-CoV-2

Se establece la obligatoriedad de notificar de modo urgente aquellos brotes con 3 o más casos vinculados a ámbitos vulnerables, incluyendo: Centros sanitarios asistenciales hospitalarios, centros sociosanitarios, centros de día que prestan asistencia sanitaria, centros penitenciarios y otras instituciones cerradas y entornos de exclusión social.

Fuentes que deben notificar: Todas.

Modo de notificación: Utilizando el "Protocolo notif brotes covid" disponible en www.epidemiologia.caib.es y Remitiéndolo a "brots@dgsanita.caib.es".

Del mismo modo se notificarán las ampliaciones de información respecto de brotes ya detectados.

El Servicio de Epidemiología notificará estos los brotes al nivel central con una periodicidad semanal.

d) Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (SERLAB)

Los laboratorios, públicos y privados, así como los centros, servicios y establecimientos sanitarios que realicen las pruebas de diagnóstico COVID-19 mediante PCR u otras técnicas de diagnóstico de infección, continuarán remitiendo diariamente a la autoridad sanitaria de la comunidad autónoma los datos de todas las pruebas realizadas a través del Sistema de Información establecido por la administración respectiva. Las Consejerías con competencias en materia sanitaria de las comunidades autónomas recogerán los datos de las pruebas diagnósticas COVID-19 indicadas en su ámbito territorial y los remitirán diariamente al Ministerio de Sanidad a través del sistema de información establecido al efecto.

e) Sistema de Información de Capacidad Asistencial Hospitalaria (SICAH)

Se continuará con la recogida de información diaria sobre la actividad hospitalaria utilizando como fuente de datos los enviados por los hospitales.

f) Otras fuentes de información

- Procesos de incapacidad temporal (IT) por COVID-19 .
- Estudio de aguas residuales: De utilidad para la identificación y seguimiento de variantes de interés.
- Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo).

INDICADORES

Tabla 1. Indicadores para la valoración del riesgo Indicadores		Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información
			Circulación controlada	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Evaluación del nivel de transmisión								
T2	Incidencia acumulada de casos con 60 o más años diagnosticados en 14 días ¹	Casos ≥ 60 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 14 días *100.000 / número de habitantes ≥ 60 años	≤250	>250 a ≤500	>500 a ≤1500	>1500 a ≤2500	>2500	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
T4	Incidencia acumulada de casos con 60 o más años diagnosticados en 7 días ¹	Casos ≥ 60 años confirmados (por fecha de diagnóstico) en 7 días *100.000 / número de habitantes ≥ 60 años	≤100	>100 a ≤250	>250 a ≤750	>750 a ≤1250	>1250	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Nivel de utilización de servicios asistenciales por COVID-19								
A1	Ocupación de camas de hospitalización por casos de COVID-19 ²	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID / Número total de camas de hospitalización en funcionamiento	≤2%	>2% a ≤5%	>5% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A1'	Tasa de nuevas hospitalizaciones por COVID, por 100.000 habitantes en 7 días	Número de nuevos ingresos hospitalarios por COVID en 7 días *100.000/ Número de habitantes en el territorio	≤5	>5 a ≤15	>15 a ≤30	>30 a ≤50	>50	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A1''	Tasa de ocupación hospitalaria por 100.000 habitantes	Número de camas de hospitalización ocupadas por casos de COVID*100.000 / Número de habitantes en el territorio	≤10	>10 a ≤20	>20 a ≤30	>30 a ≤40	>40	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A2	Ocupación de camas de cuidados críticos por casos de COVID-19 ²	Número de camas de cuidados críticos ocupadas por casos de COVID / Número de camas de cuidados críticos totales en funcionamiento	≤5%	>5% a ≤10%	>10% a ≤15%	>15% a ≤25%	>25%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A2'	Tasa de nuevas hospitalizaciones en UCI por COVID, por 100.000 habitantes en 7 días	Número de nuevos ingresos en UCI por COVID en 7 días *100.000/ Número de habitantes en el territorio	≤0,5	>0,5 a ≤1,5	>1,5 a ≤2,5	>2,5 a ≤3	>3	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
A2''	Tasa de ocupación UCI por 100.000 habitantes	Número de camas de UCI ocupadas por casos de COVID*100.000 / Número de habitantes en el territorio	≤1	>1 a ≤2	>2 a ≤4	>4 a ≤6	>6	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.

¹Estas IA deberán calcularse con datos consolidados, sustrayendo los días en los que dicha consolidación se considere insuficiente. Para la fecha de diagnóstico se utilizará la fecha del resultado positivo de la PDIA.

²La Unidad Territorial para este indicador será la provincia, isla o comunidad autónoma según se establezca en cada territorio. Para el cálculo de camas en funcionamiento se tendrán en cuenta exclusivamente las camas de hospitalización y UCI estructurales y operativas para uso inmediato por pacientes COVID-19 en el momento de la evaluación tal y como se comunican al Ministerio según la Resolución de 19 de junio de 2020 por la que se establece la información sobre capacidad asistencial y de necesidades de recursos materiales del sistema sanitario.

Los umbrales de los niveles de riesgo se revisarán periódicamente de acuerdo con la evolución epidemiológica de la epidemia

Definición de los niveles de alerta

El seguimiento de estos indicadores permitirá valorar los cambios en la situación epidemiológica que puedan tener un impacto en el sistema asistencial y requieran, en ese caso, establecer nuevas medidas de vigilancia y control.

Los indicadores de la Tabla 1 complementados con los indicadores de la siguiente tabla, se utilizarán para el seguimiento de la evolución de la epidemia.

El nivel de alerta se establecerá con los indicadores del bloque II de la Tabla 1 de la siguiente manera: Se establecen 5 niveles de alerta (Nivel de alerta 0, 1, 2, 3 y 4) basados en los indicadores de utilización de los servicios asistenciales. El nivel de alerta estará definido por el indicador de este bloque que tenga el mayor nivel de riesgo.

Otros indicadores epidemiológicos y de capacidad

Indicador	Fórmula de cálculo	Valoración de riesgo					Fuente de información
		Circulación controlada	Bajo	Medio	Alto	Muy alto	
Evaluación del nivel de transmisión							
Tendencia de casos diagnosticados (interpretar siempre en el contexto de la incidencia en el territorio) en mayores de 60 años	Número de casos confirmados en los días 1 a 7 antes de la fecha - número de casos confirmados en los días 8 al 14 antes de la fecha * 100 / Número de casos confirmados los días 8 al 14 antes de la fecha	Descendente o estable las últimas 4 semanas	Oscila sin incrementos sostenidos	Incrementos sostenidos de bajo nivel (<20%)	Incrementos sostenidos intermedios (20-40%) o incremento puntual importante (>50%)	Incrementos sostenidos elevados (>40%) o incremento puntual muy importante (>100%)	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Evaluación de la capacidad de diagnóstico precoz de casos							
Tasa de pruebas* realizadas	Número total de pruebas realizadas *100.000 / Número total de habitantes	≥1.500	<1.500 a ≥1.000	<1.000 a ≥800	<800 a ≥600	<600	Notificación de laboratorios (SERLAB)
Positividad de las PDIA por semana en mayores de 60 años	Número de pruebas con resultados positivo en 7 días en ≥ 60 años *100 / Número pruebas realizadas en 7 días en ≥ 60 años	≤5%	> 5 a ≤10%	>10 a ≤20%	>20 a ≤30%	≥30%	Notificación de laboratorios (SERLAB)
Evaluación del nivel de gravedad							
Proporción de ingresos debidos a COVID	Número de ingresos hospitalarios debidos a COVID en 7 días *100/Total de ingresos hospitalarios en 7 días	≤1%	>1 a ≤5%	>5 a ≤10%	>10 a ≤20%	≥20%	Declaración al Ministerio de Sanidad por las CC.AA.
Porcentaje de casos hospitalizados que ingresan en UCI	Número de casos confirmados que han ingresado en UCI *100/ total de casos hospitalizados por COVID (valorada a los 7 días)	≤5%	> 5 a ≤10%	>10 a ≤20%	>20 a ≤30%	≥30%	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES). Información de las CC.AA.
Tasa de mortalidad acumulada en 7 días por millón de habitantes	casos de COVID confirmados que han fallecido en 7 días * 1.000.000 / Número de habitantes en el territorio	≤5	>5 a ≤10	>10 a ≤30	>30 a ≤50	>50	Declaración individualizada obligatoria (SIVIES)
Exceso mortalidad por todas las causas en las últimas 2 semanas*	*Se considera cualquier día de exceso de mortalidad por todas las causas identificado en las últimas 2 semanas, que pueda estar incluido en un periodo de exceso de mortalidad según los criterios MoMo	≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤13%	>13 a ≤25%	>25%	Sistema de monitorización de la mortalidad diaria (MoMo)
Centros sociosanitarios							
Centros sociosanitarios con brotes nuevos los últimos 7 días	Centros sociosanitarios con brotes nuevos en los últimos 7 días *100/ número de centros sociosanitarios	≤1%	>1 a ≤3%	>3 a ≤5%	>5 a ≤10%	>10%	Información semanal de brotes, información ad hoc
Casos por brote en centros socio-sanitario últimos 7 días	Número de casos confirmados de residentes / número de brotes en centros sociosanitarios últimos 7 días	≤5	>5 a ≤10	> 10 a ≤15	> 15 a ≤20%	>20%	Información semanal de brotes, información ad hoc

* Pruebas para el diagnóstico de infección activa (PDIA, incluidas en estrategia diagnóstico) como PCR o pruebas de antígenos

Anexo . Identificación de variantes circulantes del SARS-CoV-2: Integración de la secuenciación genómica en la vigilancia

1. Objetivos

- Identificación precoz de nuevas variantes de SARS-CoV-2 de interés para la salud pública.
- Caracterización genómico-virológica y epidemiológica de las variantes.
- Estimación de la incidencia de las variantes de interés para la salud pública en la población.

2. Fuentes de información

La Red de laboratorios de Secuenciación del SARS-CoV-2 proporciona información sobre la secuenciación de aislamientos clínicos del virus.

La información obtenida por la Red es complementaria a la generada por otros sistemas de vigilancia como la vigilancia ambiental del SARS-CoV-2 en aguas residuales.

Los sistemas centinela de infección respiratoria aguda en atención primaria (IRAs) y de infección respiratoria aguda grave (IRAG) de la Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica aportan también información relevante para los objetivos señalados.

Además de los resultados de la secuenciación, la información derivada de la realización de pruebas de PCR específicas para determinadas variantes puede ser de gran utilidad para la toma de decisiones en salud pública, especialmente al inicio de la circulación de una nueva variante.

3. Selección de muestras

Con el fin de tener una muestra representativa de los casos graves y casos en población especialmente vulnerable se realizará un muestreo aleatorio entre las muestras positivas por PCR en estos grupos.

La proporción de casos secuenciada debería variar en función de la circulación del virus, desde un mínimo de alrededor del 30% en periodos de alta circulación hasta aproximarse al 100% en periodos de circulación muy baja.

Además, para detectar la aparición de nuevas variantes y de caracterizar las variantes ya conocidas, se considerará prioritario realizar secuenciación en los casos que cumplan alguno de estos criterios.

- Sospecha clínica de implicación de una variante con características fenotípicas diferentes a las variantes circulantes: de acuerdo con el criterio clínico podrá incluir, por ejemplo, casos graves en personas sin factores de riesgo.
- Sospecha epidemiológica de implicación de una variante con características fenotípicas diferentes a las variantes circulantes: de acuerdo con el criterio epidemiológico se podrán secuenciar casos pertenecientes a brotes con una transmisibilidad o virulencia extraordinariamente elevadas. En estas situaciones no será necesario secuenciar la totalidad de los casos sino los necesarios para establecer la implicación de la nueva variante en el brote (de forma aproximada, un 10% de las muestras o 4 o 5 casos en el estudio de brotes).
- Casos con vínculos epidemiológicos en los 14 días previos con una región en la que circule una variante de interés o de preocupación que no muestre transmisión comunitaria en nuestro territorio y casos en población migrante irregular de reciente llegada a España.
- Sospecha de fallo de los métodos diagnósticos: casos en los que se confirme un resultado positivo con una técnica de amplificación de ácidos nucleicos (TAAN) que sugiera una carga viral elevada y resultado negativo mediante otra TAAN o técnicas de detección de antígenos.
- Infecciones prolongadas en pacientes inmunodeprimidos.
- Reinfeción con último o episodio previo hace menos de 90 días

4. Notificación de los resultados

Los resultados de los casos secuenciados deberán notificarse al sistema de vigilancia. A efectos de dicha notificación se tendrán en cuenta los siguientes aspectos:

Las variantes de preocupación (VOC) y las variantes de interés (VOI) serán propuestas y revisadas permanentemente por el Comité Coordinador de la red de laboratorios de secuenciación y serán incluidas en SiViEs y difundidas a las CC.AA mediante el metadata correspondiente.

Además del tipo de variante o la mutación, se indicará si la secuenciación se realizó como parte de un muestreo aleatorio.