



## PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA EN ATENCIÓN PRIMARIA EN LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE EUSKADI.

### A. Introducción

A nivel estatal, la emergencia de la COVID-19 en los primeros meses de 2020 produjo una distorsión importante de las redes de vigilancia centinela de la gripe en Atención Primaria (AP), que afectó su funcionamiento en todas las comunidades autónomas (CCAA). Los principales motivos fueron la relocalización de médicos centinela, los cambios en los patrones de consulta médica y la aparición de centros de diagnóstico de COVID-19 que desdibujaron los circuitos habituales de vigilancia centinela de gripe. Siguiendo las recomendaciones internacionales del Centro Europeo para la Prevención y el Control de las Enfermedades (ECDC) y la Organización Mundial de la Salud (OMS), se inició el establecimiento de sistemas de vigilancia centinela de infección respiratoria aguda (SiVIRA), tanto en el ámbito de la Atención Primaria para la vigilancia de infección respiratoria aguda leve (IRAs), como hospitalaria, para la vigilancia de infección respiratoria aguda grave (IRAG). Ambos sistemas se basan en la experiencia conseguida en el marco del Sistema de Vigilancia de Gripe en España (SVGE). El objetivo de estos sistemas es vigilar COVID-19, gripe y cualquier otro virus respiratorio, así como contribuir a la evaluación de la efectividad de las medidas de control y prevención, especialmente las vacunas. Además, los sistemas de vigilancia de IRAs pueden permanecer estables en el tiempo para dar respuesta a la emergencia de cualquier otro agente respiratorio.

En este documento se presenta el protocolo para la vigilancia de IRAs, que recoge las modificaciones derivadas de la experiencia adquirida por todos los actores involucrados. El presente protocolo es un documento dinámico y seguirá actualizándose según se identifiquen aspectos que puedan contribuir a su mejora y consolidación.

### B. Objetivos

La vigilancia centinela de IRAs tiene como objetivos:

1. Monitorizar la intensidad, expansión geográfica y el patrón de presentación temporal de las epidemias de gripe, COVID-19 y VRS.
2. Describir las características epidemiológicas y clínicas de los casos de COVID-19, gripe y VRS que acuden a consultas de atención primaria (AP) en la comunidad, e identificar grupos de riesgo.
3. Establecer en el futuro niveles de actividad umbral que sirvan de referencia para evaluar la transmisibilidad de los virus respiratorios vigilados en cada temporada.
4. Identificar y monitorizar la circulación de los diferentes grupos y variantes genéticas identificadas de gripe y SARS-CoV-2, mediante su caracterización genética y secuenciación.
5. Estimar la efectividad y el impacto de medidas preventivas, como la vacunación, frente a casos de COVID-19 y gripe que acuden a consultas de Atención Primaria.
6. Estimar la carga de la enfermedad de los virus respiratorios vigilados, de forma que puedan guiar la toma de decisiones para planificar las intervenciones de salud pública y priorizar recursos en el Sistema Nacional de Salud.



### C. Vigilancia de IRAs en la CAE

Siguiendo las recomendaciones internacionales del ECDC y la OMS, se establece un sistema de vigilancia centinela de Infección Respiratoria Aguda (IRAs) en el ámbito de la Atención Primaria (AP) en la CAE, que permanezca en el tiempo y con el que se vigile SARS-CoV-2, influenza y otros virus respiratorios o posible agente respiratorio emergente.

La Red de Vigilancia de IRAs de la Comunidad Autónoma de Euskadi (CAE-RedVIRA) se compone de diferentes profesionales de AP y tiene bajo vigilancia una muestra poblacional formada por 48 cupos de AP.

**Tabla 1. Número y tipo de cupos que componen la población a estudio según TH**

	Medicina familiar	Pediatría	Total
Araba	6	2	8
Bizkaia	20	4	24
Gipuzkoa	11	5	16
Total	<b>37</b>	<b>11</b>	<b>48</b>

El sistema quedará definido e integrado por dos componentes:

#### 1. Componente sindrómico.

Esta temporada, el componente sindrómico de la vigilancia, que proporciona información sobre la incidencia semanal de IRAs por sexo y grupo de edad, se llevará a cabo de manera automática extrayendo los códigos correspondientes a **todos los casos de Infección Respiratoria Aguda de la CAE en Atención Primaria** según codificación CIE-10.



## Códigos CIE-10 correspondientes a Infección Respiratoria Aguda

Código CIE10	Descripción	Códigos CIE-10 que se incluyen
J00	Rinofaringitis aguda [resfriado común]	J00 Rinofaringitis aguda [resfriado común]
J04	Laringitis y traqueítis agudas	J04.0 Laringitis aguda J04.1 Traqueítis aguda J04.2 Laringotraqueítis aguda
J02.9	Faringitis aguda no especificada	J02.9 Faringitis aguda, no especificada
J03.9	Amigdalitis aguda no especificada	J03.9 Amigdalitis aguda, no especificada
J06.9	Infección aguda de las vías respiratorias superiores, no especificada	
J20.3-J20.9	Bronquitis aguda	J20.3 Bronquitis aguda debida a virus Coxsackie J20.4 Bronquitis aguda debida a virus parainfluenza J20.5 Bronquitis aguda debida a virus sincitial respiratorio J20.6 Bronquitis aguda debida a rinovirus J20.7 Bronquitis aguda debida a virus ECHO J20.9 Bronquitis aguda, no especificada
J21	Bronquiolitis aguda	J21.0 Bronquiolitis aguda debida a virus sincitial respiratorio J21.1 Bronquiolitis aguda por metaneumovirus humano J21.9 Bronquiolitis aguda, no especificada
J22	Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores	J22 Infección aguda no especificada de las vías respiratorias inferiores
J09-J11	Gripe	J09 Influenza debida a virus de la influenza aviar identificado J10 Influenza debida a virus de la influenza identificado J10.0 Influenza con neumonía, debida a virus de la influenza identificado J10.1 Influenza con otras manifestaciones respiratorias, debida a virus de la influenza identificado J10.8 Influenza, con otras manifestaciones, debida a virus de la influenza identificado J11 Influenza debida a virus no identificado J11.0 Influenza con neumonía, virus no identificado J11.1 Influenza con otras manifestaciones respiratorias, virus no identificado J11.8 Influenza con otras manifestaciones, virus no identificado
J12	Neumonía viral, no clasificada en otra parte	J12.0 Neumonía debida a adenovirus J12.1 Neumonía debida a virus sincitial respiratorio J12.2 Neumonía debida a virus parainfluenza J12.3 Neumonía por metaneumovirus humano J12.8 Neumonía debida a otros virus (incluido el J12.81 Neumonía por Coronavirus SARS-CoV-2) J12.9 Neumonía viral, no especificada
J17.1	Neumonía en enfermedades virales clasificadas en otra parte	
J18.0	Otros tipos de neumonía, microorganismo no especificado	
J18.9	Neumonía, microorganismo no especificado	J18.9 Neumonía, microorganismo no especificado
U07.1	COVID-19	

## 2. Componente sistemático de toma de muestra nasofaríngea.

El personal facultativo centinela o en su caso el equipo centinela se encargará exclusivamente de la selección sistemática de pacientes con IRAs para la **toma de la muestra, según determina el procedimiento de vigilancia de IRAs**. De manera automatizada mediante integración informática, se registrarán variables clínicas, de vacunación y resultado de laboratorio.

Al seleccionarse de forma sistemática, las muestras centinela positivas para SARS-CoV-2, gripe o VRS son representativas de los virus que circulan en cada territorio vigilado.



## D. Definición y clasificación de casos

### 1. Criterios clínicos

#### IRAs (Definición OMS)<sup>1</sup>

1. Comienzo súbito de la enfermedad (en los 10 días previos) de al menos uno de los siguientes síntomas respiratorios:
  - Tos.
  - Dolor de garganta.
  - Disnea.
  - Rinitis/coriza (síntomas nasales).
- Y
2. Que el juicio clínico sea de un proceso infeccioso

\* Puede presentarse con o sin fiebre. Se entiende por comienzo súbito que los síntomas aparecen de manera rápida en menos de 12 horas.

### 2. Criterio microbiológico

Detección de material genético de Influenza, SARS CoV-2, VRS u otros virus respiratorios

## E. Toma y envío de muestras

### 1. Solicitud de hisopos y embalajes

Los **hisopos** para la toma de muestras y los embalajes de envío **se solicitarán a los almacenes generales de la OSI correspondiente. Preferentemente** se debe usar para las tomas un hisopo para toma **nasofaríngea** en medio de transporte universal o viral (UTM o VTM) (el medio debe ser **NO inactivado**). En el caso de que no estén disponibles en el momento de la toma, podrán usarse otros medios.

### 2. Toma de muestras

- Entre los pacientes que pertenezcan al cupo bajo vigilancia, se seleccionarán y se tomarán al menos 5 muestras nasofaríngeas por parte de los equipos de atención primaria, incluyendo tanto al personal facultativo como al personal de enfermería.
- Con el objetivo de lograr un mayor rendimiento microbiológico se tomará muestra a aquellos pacientes cuyo **inicio de síntomas no sea superior a 7 días**.
- Se tomará una única **muestra nasofaríngea**.

<sup>1</sup> World Health Organization (WHO). Maintaining surveillance of influenza and monitoring SARS-CoV-2 – adapting Global Influenza surveillance and Response System (GISRS) and sentinel systems during the COVID-19 pandemic: Interim guidance. Geneva: WHO; 2020. Disponible en: [https://www.who.int/publications/i/item/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-\(gisrs\)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic](https://www.who.int/publications/i/item/maintaining-surveillance-of-influenza-and-monitoring-sars-cov-2-adapting-global-influenza-surveillance-and-response-system-(gisrs)-and-sentinel-systems-during-the-covid-19-pandemic) (página 7 del documento).



- El tiempo entre la toma de la muestra y la recepción en el laboratorio será de 24h como máximo. Si el tiempo entre ésta y la recepción en el laboratorio pudiera alargarse, **su conservación será siempre refrigerada entre 2ºy 6ºC.**

Para el registro y envío de las muestras se seguirán las instrucciones recogidas en el procedimiento de vigilancia de IRAs.

## F. Trasmisión de los datos

- Desde la Dirección de Salud Pública y Adicciones, los datos de la vigilancia sindrómica y sistemática de IRAs en la CAE, en el formato establecido, se cargarán directamente en la aplicación Web SiVIRA (CNE-ISCIH), disponible en: <https://sivira-centinela.isciii.es/login/>
- Los datos correspondientes a una semana se cargarán el miércoles de la semana siguiente hasta las 12h. El CNE procederá a la recogida y análisis de la información y la elaboración de un informe semanal, en colaboración con el CNM, que enviará al CCAES, las CCAA y al resto de autoridades locales y nacionales, así como a los participantes del Sistema centinela de Vigilancia de IRAs para su revisión.
- El informe se hará público en la Web del ISCIH el jueves de cada semana a las 14h.
- El CNE enviará semanalmente antes del jueves a las 10h la información de vigilancia de IRAs al ECDC y OMS-Europa, a través de TESSy para cumplir el mandato de contribuir a la vigilancia internacional de enfermedades respiratorias.
- Los **datos a nivel de la CAE se publicarán en la web del Departamento.**

## G. Análisis e indicadores

La información sobre la evolución de la actividad de gripe, COVID-19 y VRS en Atención Primaria se obtiene mediante el análisis epidemiológico de la información obtenida en los componentes sindrómico y sistemático. A partir de la información obtenida se estiman una serie de indicadores. Las tasas en la vigilancia sindrómica de IRAs se calculan usando como referencia la población de la CAE de 2021 facilitada por EUSTAT.

Toda la información sobre metodología e indicadores, se puede consultar el siguiente [enlace](#).