

Actualizado a 23 de marzo de 2022, el documento "Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19, tras la segunda fase de la pandemia"

La "Estrategia de vigilancia y control frente a COVID-19, tras la segunda fase de la pandemia" presenta las últimas modificaciones dentro de la revisión permanente a la que se somete, en función de la situación epidemiológica, la circulación de nuevas variantes del SARS-CoV-2 y los conocimientos sobre la enfermedad. Desde CSIT UNIÓN PROFESIONAL os facilitamos la descarga del documento completo, resaltando algunos aspectos que consideramos pueden ser de interés, así como información de su adaptación en la Comunidad de Madrid.

Este documento ha sido aprobado por la Ponencia de Alertas y Planes de Preparación y Respuesta y por la Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (*actualizado a 23 de marzo de 2022*).

[Pincha aquí para descargar el documento: ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL FRENTE A COVID-19, TRAS LA SEGUNDA FASE DE LA PANDEMIA \(Actualizado 23 de marzo de 2022\).](#)



CONTEXTO ACTUAL:

Los altos niveles de inmunidad alcanzados en la población española han determinado un **cambio en la epidemiología de la COVID-19 que apoya la transición hacia una estrategia diferente que vigile y dirija las actuaciones a personas y ámbitos de mayor vulnerabilidad y monitorice los casos de COVID-19 graves y en ámbitos y personas vulnerables**. Este cambio de aproximación a la vigilancia y control de la COVID-19 implica aceptar un cierto nivel de transmisión del SARS-CoV-2 en poblaciones vacunadas y jóvenes en las que la infección tiene un impacto poblacional menor en términos de gravedad.

La transición a esta estrategia se realizará cuando todos los indicadores de utilización de servicios asistenciales, se encuentren en nivel de riesgo bajo a nivel nacional y en más de la mitad de las Comunidades y Ciudades Autónomas, y dichos indicadores mantengan una tendencia descendente durante al menos dos semanas en las CCAA necesarias para cubrir al menos al 80% de la población española.

Las propuestas incluidas en este documento, se han comunicado y valorado conjuntamente con el Centro Europeo de Control de Enfermedades y se han establecido los mecanismos para garantizar la coordinación con la vigilancia a nivel europeo y la correcta inclusión de la información generada en España en los informes y documentos de seguimiento de la pandemia en la Unión Europea. Las **estructuras extraordinarias de vigilancia y control puestas en marcha durante la pandemia se mantendrán operativas** para monitorizar indicadores clave que permitan detectar precozmente cambios en la situación que puedan requerir reimplantar medidas

de control. **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.**

La pandemia de COVID-19 ha tenido un gran impacto en la salud de la población, así como implicaciones importantes en todos los sectores de la sociedad y en la vida cotidiana de los ciudadanos. La sexta onda, causada fundamentalmente por la variante Ómicron, presenta características diferentes a las ondas previas. **La alta cobertura de vacunación,** las características de Ómicron, y la mayor realización de pruebas diagnósticas **han contribuido al impacto observado de la pandemia en esta sexta ola:** una elevadísima incidencia con una mayoría de casos con síntomas leves o asintomáticos que han supuesto una presión muy alta sobre los sistemas de atención primaria y salud pública y un porcentaje de ocupación hospitalaria y de camas de UCI muy inferior al esperado comparado con lo que se ha producido en el resto de la pandemia.

En la actualidad, más del 92% de la población española mayor de 12 años se encuentra vacunada con pauta completa. La evidencia actual indica que las diferentes vacunas contra la COVID-19 tienen una efectividad muy alta para reducir las formas moderadas y graves de la enfermedad, así como la letalidad. Con el aumento de la cobertura de vacunación y la inmunidad generada a partir de infecciones naturales, se considera que **la mayoría de la población está protegida contra la COVID-19 grave.** Sin embargo, todavía habrá **sectores de la población que seguirán siendo vulnerables pudiendo desarrollar cuadros graves,** como las personas de edad avanzada, las personas con enfermedades subyacentes graves y los inmunocomprometidos que no hayan desarrollado una inmunidad suficiente contra el SARS-CoV-2. Los esfuerzos deben centrarse en la protección de estas personas con intervenciones tanto farmacológicas, como no farmacológicas.

A este contexto epidemiológico y de cobertura de vacunación se asocia el hecho de que en los últimos meses se ha extendido el uso de pruebas diagnósticas autoadministradas que están disponibles en farmacias sin prescripción médica. **La disminución observada en la gravedad de los casos notificados y la necesidad de garantizar una asistencia de calidad a aquellos individuos que presenten patologías que requieran atención sanitaria, pone de manifiesto la necesidad de generar otro tipo de vigilancia de la COVID-19, que no busque exhaustividad en la detección de infectados pero que permita continuar detectando cambios en la pandemia que requieran la toma de medidas adicionales sin saturar el sistema sanitario.**

Esta nueva vigilancia debe centrarse en los ámbitos y grupos vulnerables y en los casos graves, reforzando la capacidad de detección de variantes de interés y de preocupación. **Se mantendrá y mejorará la información proporcionada por los laboratorios de microbiología en cuanto a la realización de pruebas diagnósticas, el seguimiento de los casos con clínica compatible a partir de los registros de atención primaria y la información facilitada por los hospitales sobre la ocupación de camas COVID tanto de hospitalización general como de UCI.**

La COVID-19 en **la población infantil es una enfermedad generalmente leve** con una evolución clínica favorable y los casos graves siguen siendo la excepción.

La indicación de **aislamientos,** en esta fase, se limita a **entornos muy concretos,** 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. Del mismo modo, en esta fase de transición, **no se proponen cuarentenas en los contactos y se dirigen las actuaciones hacia la recomendación de medidas preventivas que sirvan para proteger específicamente a la población más vulnerable.** En el mismo sentido, y con el objetivo también de recuperar la normalidad asistencial, **no se considera necesario, de manera general, la realización de cribados en centros sanitarios previos al 6 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. **Esta estrategia de vigilancia y control reduce la presión sobre los casos leves o asintomáticos y sus contactos.** No obstante, **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 del Estado en caso necesario.** Es importante tener presente esta reversibilidad de la estrategia en caso de necesidad, ya sea por una peor evolución de los indicadores de gravedad o por la **aparición de nuevas variantes** que condicionen esta evolución.

PUESTA EN MARCHA:

La transición a esta **estrategia** se realizará cuando todos los indicadores de utilización de servicios asistenciales, se encuentren en nivel de riesgo bajo a nivel nacional y en más de la mitad de las Comunidades y Ciudades Autónomas, y dichos indicadores mantengan una tendencia descendente durante al menos dos semanas en las CCAA necesarias para cubrir al menos al 80% de la población española. **Seguirá en vigor mientras no se produzca un cambio significativo en la tendencia que indique una circulación controlada del SARS-CoV-2 o bien un cambio en la situación epidemiológica que requiera restablecer medidas de vigilancia y control.**

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 oportuna en caso necesario.
- Favorecer la normalización de la asistencia sanitaria tras la fase aguda de la pandemia minimizando los riesgos

SISTEMAS DE VIGILANCIA DE LA COVID-19:

- Notificación individualizada de casos confirmados de SARS-CoV-2.
- Información del SIVIRA (Sistema de Vigilancia de Infecciones Respiratorias Agudas) Información sobre casos de infección respiratoria aguda en Atención Primaria.
- Notificación de brotes de SARS-CoV-2.
- Sistema Estatal de Resultados de Laboratorio para pruebas diagnósticas de SARS-CoV-2 (SERLAB).
- Sistema de Información de Capacidad Asistencial Hospitalaria (SICAH).
- Otras fuentes de información.

El impacto en la mortalidad de la población se seguirá estudiando en base a la información de mortalidad

El impacto en la mortalidad de la población se seguirá estudiando en base a la información de mortalidad diaria por todas las causas que se incluye en el Sistema de Monitorización de la Mortalidad diaria (MoMo).

MODOS DE PROCEDER:

- Actuaciones ante personas con síntomas compatibles: Se indicará la realización de una PDIA situaciones concretas.
- Actuaciones ante casos confirmados.
- Actuaciones ante contactos estrechos.
- En ámbitos específicos.

Podrás encontrar más información en las páginas 10,11, 12 y 13, del siguiente link:

https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf

INDICADORES PARA LA VALORACIÓN DEL RIESGO:

El objetivo de los indicadores comunes y los criterios para su interpretación en el Sistema Nacional de Salud es que permitan realizar una evaluación homogénea dirigida a detectar cambios en la situación epidemiológica con un impacto en el sistema asistencial, que hagan necesaria la implementación de medidas de vigilancia o de control específicas.

La **evaluación de riesgo debe considerar las características específicas de la unidad territorial** que se está evaluando: comunidad autónoma, provincia, isla, municipio, departamento, área de salud, zona básica de salud o equivalente, teniendo en cuenta la concurrencia de circunstancias específicas. En dicha evaluación se **tendrán en cuenta los indicadores relativos a la situación epidemiológica y la capacidad asistencial, las características y vulnerabilidad de la población susceptible expuesta, y la posibilidad de adoptar medidas de prevención y control.** Es importante recalcar que **ningún indicador por sí solo es capaz de dar una visión completa de la situación.** Además de estos indicadores, **las comunidades autónomas utilizarán todos aquellos que en su contexto consideren relevantes para realizar esta evaluación.** Es fundamental poner estos indicadores en contexto dependiendo del territorio y las características de la población que se está evaluando, así como disponer de información detallada de los casos que permita interpretar las dinámicas de transmisión.

Además, para evaluar el riesgo de un determinado territorio, se hará una **valoración individualizada** de la situación de dicho territorio y se tendrán en cuenta otros posibles indicadores, incluidos aspectos cualitativos y referentes a equidad en salud y vulnerabilidad social. Las comunidades autónomas, en coordinación con el Ministerio, revisarán de manera periódica la situación epidemiológica en grupos vulnerables para valorar la necesidad de proponer medidas de control específicas.

DEFINICIÓN DE LOS NIVELES DE ALERTA:

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.

NUEVA ESTRATEGIA DE VIGILANCIA Y CONTROL FRENTE A COVID-19, TRAS LA FASE AGUDA DE LA PANDEMIA DE LA COMUNIDAD DE MADRID (ACTUALIZADO 22 DE MARZO DE 2022)

Este documento, elaborado por la Dirección General de Salud Pública, introduce cambios, así como indicadores homogéneos de valoración del riesgo que permitan detectar precozmente cambios en la situación que puedan requerir establecer medidas adicionales de vigilancia y control.

A continuación, la **información a destacar:**

- .. Esta nueva vigilancia se centra en los **ámbitos y grupos vulnerables y en los casos graves, reforzando la capacidad de detección de variantes de interés.**
1. **En esta etapa de transición, la estrategia diagnóstica estará dirigida a la realización de pruebas en personas con síntomas compatibles con COVID-19 grave o factores de vulnerabilidad que pueden beneficiarse de un tratamiento temprano y al diagnóstico y vigilancia de las personas que tienen contacto con poblaciones vulnerables, como trabajadores de centros sanitarios asistenciales y de centros sociosanitarios.**
2. **La indicación de aislamientos se limita a entornos muy concretos, 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.**
3. **No se proponen cuarentenas en los contactos y se dirigen las actuaciones hacia la recomendación de medidas preventivas que sirvan para proteger específicamente a la población más vulnerable.**
4. **Para recuperar la normalidad asistencial, no se considera necesaria de manera general la realización de cribados en centros sanitarios previos al ingreso o a determinadas actuaciones asistenciales.**
5. **En el ámbito sociosanitario, se considerará brote la detección de un solo caso en residentes o tres casos en trabajadores. Se notificarán a Salud Pública todos los brotes que se detecten en estos ámbitos vulnerables, así como aquellos que se detecten en cualquier ámbito de especial magnitud y/o gravedad.**
6. **Consideraciones:**
 - **Ámbitos vulnerables:** centros sanitarios asistenciales, centros sociosanitarios y centros de día, 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