

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE INFECCIÓN RESPIRATORIA AGUDA GRAVE (IRAG) EN HOSPITALES EN ANDALUCÍA

Temporada 2025-2026

PROTOSCOLOS DE
VIGILANCIA Y
RESPUESTA EN
SALUD PÚBLICA

Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía. 2025

[Sevilla]: Consejería de Salud y Consumo, [2025]

Colección Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía.



<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>

EDITA: Consejería de Salud y Consumo

Avda. Innovación s/n

41020-Sevilla

Servicio de Vigilancia y Salud Laboral. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Consejería de Salud y Consumo.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. OBJETIVOS	3
3. PROCEDIMIENTOS.....	3
3.1. Componentes de la vigilancia de IRAG.....	3
3.2. Periodo de vigilancia	4
3.3. Población vigilada	4
3.4. Definición de caso.....	4
3.5. Identificación de casos para el componente sindrómico	5
3.6. Selección de la muestra de IRAs para el componente de selección sistemática y diagnóstico virológico (incluyendo tipado y subtipado)	8
3.7. Recogida de datos y ficheros para vigilancia	9
3.8. Caracterización genética de virus respiratorios	10
3.8.1 Secuenciación de gripe, SARS-CoV-2 y VRS	10
3.8.2 Envío de muestras para aislamiento de virus en el CNM	11
4. RECURSOS HUMANOS	11
5. CIRCUITO DE TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN	12
6. ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS	13
ANEXO 1. FICHERO IRAG INDIVIDUALIZADO SEMANAL	14

1. INTRODUCCIÓN

A finales del 2019 se detectó la aparición de un nuevo coronavirus de síndrome respiratorio agudo severo (SARS-CoV-2), que causa la enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19), declarándose la pandemia el 11 de marzo de 2020 por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

El ECDC y la OMS recomendaron que se implementaran sistemas de vigilancia de hospitalizaciones con infección respiratoria aguda grave (IRAG), inicialmente con toma de muestra para detectar el virus SARS-CoV-2 y la gripe a las que se sumó el VRS, con el objetivo de monitorizar la intensidad y el impacto de las formas graves de estos tres virus y cualquier otro patógeno respiratorio de alto impacto que emerja en el futuro, así como contribuir a la evaluación de la efectividad de las medidas de control y prevención de estas infecciones respiratorias graves.

La vigilancia centinela es la forma más eficiente de recopilar datos de alta calidad de manera oportuna. Mediante un sistema de vigilancia centinela de IRAG en hospitales, se reduce drásticamente la cantidad de recursos necesarios en comparación con el sistema de vigilancia universal, centrando los esfuerzos de recogida de casos en un grupo de hospitales, que atienden a una población de referencia, y que en su conjunto sea representativa de la población total. Los objetivos de la vigilancia pueden cumplirse y la calidad de los datos recopilados se garantiza con mayor facilidad.

Esta vigilancia, en el ámbito hospitalario, se complementará con la vigilancia centinela de infección respiratoria aguda en Atención Primaria (IRAs). La vigilancia de IRAs e IRAG parte de la captación a través del sistema sanitario de “síndromes clínicos” que responden a una infección respiratoria aguda de cualquier etiología (“componente sindrómico”) e incluye la selección de una muestra de pacientes IRAs/IRAG para el diagnóstico microbiológico de gripe, SARS-CoV-2 y VRS (“componente de selección sistemática”).

La vigilancia centinela de IRAG se inició en España y en Andalucía en la temporada 2020-21. En España en la actualidad participan 18 CCAA (todas excepto Navarra), con una red de entre uno y diez hospitales centinela en cada CA, para un total de 49 hospitales. En Andalucía participan nueve hospitales.

En este documento se presenta el protocolo de vigilancia, que recoge la adaptación del protocolo nacional a Andalucía. El protocolo es un documento dinámico y se irá actualizando según se identifiquen aspectos que puedan contribuir a su mejora y consolidación.

2. OBJETIVOS

La vigilancia centinela de IRAG tiene como objetivos:

1. Monitorizar la evolución de las infecciones respiratorias agudas en hospitales e identificar patrones inesperados que puedan servir como señal de alerta.
2. Monitorizar la intensidad, expansión geográfica y el patrón de presentación temporal de las formas graves de gripe, COVID-19 e infección por VRS.
3. Obtener información sobre las características epidemiológicas, clínicas y virológicas de los casos hospitalizados de gripe, COVID-19 y de infección por VRS.
4. Describir la gravedad y los factores de riesgo y patrones de enfermedad grave de gripe, COVID-19 y de infección por VRS.
5. Establecer en el futuro niveles de actividad umbral que sirvan de referencia para evaluar el impacto y la gravedad de cada agente en cada temporada.
6. Determinar los cambios y características virológicas de los virus circulantes, en especial de los diferentes grupos y variantes genéticas de gripe, SARS-CoV-2 y VRS.
7. Estimar la efectividad y el impacto de las medidas preventivas, como la vacunación y la inmunización frente a gripe, COVID-19 y VRS.
8. Estimar la carga de la enfermedad y el impacto sobre los sistemas de salud que guíen la toma de decisiones para priorizar los recursos y planificar las intervenciones de salud pública.

3. PROCEDIMIENTOS

3.1. Componentes de la vigilancia de IRAG

La vigilancia centinela de IRAG en el ámbito hospitalario presenta dos componentes:

- Un componente sindrómico que proporciona información sobre la tasa de hospitalización semanal de IRAG por sexo y grupo de edad. Para esta estimación se emplea como denominador la población de referencia de cada hospital participante.
- Un componente de selección sistemática que consiste en la selección sistemática de todos los pacientes que se hospitalicen martes y miércoles (M/X) con diagnóstico de IRAG, en los que se recogerá una muestra respiratoria para el diagnóstico de gripe, SARS-CoV-2 y VRS, y

en los que se recogerá información epidemiológica, clínica, virológica y de vacunación e inmunización.

Los indicadores del componente sindrómico (tasas de IRAG), junto con los indicadores del componente de selección sistemática (porcentaje de positividad y caracterización epidemiológica, clínica, virológica y estado de inmunización de los casos), permitirán cumplir los objetivos del sistema.

3.2. Periodo de vigilancia

Los hospitales participantes llevarán a cabo las actividades de vigilancia a lo largo de todo el año. La temporada comenzará la semana 40 de 2025 (29 de septiembre al 5 de octubre) y durará hasta la 39 del año 2026 (del 21 al 27 de septiembre de 2026).

3.3. Población vigilada

De cada hospital participante se estimará las poblaciones de su área de referencia, por grupo de edad desagregado en cortes de 5 años (<1, 1-4, 5-9, 10-14, ..., 95-99 y 100 o más) y por sexo. Esto permitirá disponer de denominadores para el cálculo de las tasas de incidencia de IRAG a nivel de Andalucía por grupo de edad y sexo.

3.4. Definición de caso

Se define IRAG como una IRA que por su gravedad precisa ingreso hospitalario, basándose en las definiciones de IRA de la OMS¹ y del ECDC²:

Aparición (o exacerbación aguda en personas con condiciones crónicas preexistentes) en los últimos 10 días de al menos uno de los siguientes síntomas:

Tos

Dolor de garganta

Disnea

Rinorrea

Con o sin fiebre

Y

El juicio clínico de que la enfermedad se debe a una infección

¹ 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)

² COMMISSION IMPLEMENTING DECISION (EU) 2018/945 of 22 June 2018 on the communicable diseases and related special health issues to be covered by epidemiological surveillance as well as relevant case definitions. Disponible en: https://eur-lex.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj/eng

A pesar de que en el sistema de vigilancia se acepta esta definición de IRA como referencia, en la práctica la captación de casos se basa en códigos diagnósticos consensuados de las clasificaciones CIE-9-MC (Clasificación Internacional de Enfermedades 9, Modificación Clínica) o CIE-10-ES (Clasificación Internacional de Enfermedades 10, modificación clínica en castellano) o mediante una serie de impresiones diagnósticas al ingreso.

Así, **en la práctica se define IRAG como:**

- Paciente captado con la extracción de códigos de IRA (Tabla 1) o con las impresiones diagnósticas al ingreso (Tabla 2).

Cuyo episodio de IRA es:

- **Grave:** que requiere hospitalización (tiene cursada una orden hospitalaria de ingreso³), y permanece ingresado un mínimo de 24 horas o fallece dentro de esas primeras 24 horas.

Debido a la mayor duración del cuadro clínico que puede conducir a una hospitalización, para la definición de IRAG no se aplicará el criterio de un máximo de 10 días desde la aparición (o exacerbación) de los síntomas, que además es un dato difícil de recabar por los sistemas de vigilancia a nivel hospitalario.

3.5. Identificación de casos para el componente sindrómico

Se incluirán en la vigilancia todos los pacientes ingresados en cualquiera de las unidades o servicios del hospital centinela, incluida las Urgencias y las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI), con características de IRAG. Para facilitar el trabajo de la persona encargada de la vigilancia en el hospital centinela (Medicina Preventiva del hospital), se propone el acceso a los listados de admisión, ya sea convencional como a través de urgencias, para identificar los pacientes hospitalizados sospechosos de ser un caso de IRAG. Para ello, y en función de la forma de identificación de pacientes y codificación de episodios al ingreso, así como del tipo de historias clínicas electrónicas, en cada hospital participante, se proponen las siguientes estrategias:

1. Para los hospitales que codifiquen los motivos de ingreso por código CIE se identificarán los casos mediante la extracción de los siguientes códigos CIE (Tabla 1).
2. Para los hospitales que no codifiquen los motivos de ingreso por código CIE se obtendrá el

³ Paciente ingresado de acuerdo con el MANUAL DE DEFINICIONES ESTADÍSTICAS DE CENTROS SANITARIOS DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en:

https://www.msbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/docs/TablasSIAE2013/DEFINICIONES_C1.pdf- Se consideran todos los ingresos para diagnóstico o tratamiento en régimen de internado, tanto si la orden de ingreso es programada como urgente.

- No se consideran ingresos hospitalarios los pacientes atendidos en observación de urgencias, hospital de día, sesiones de hemodiálisis, cirugía ambulatoria, ni los traslados entre los servicios del propio hospital.

listado de todos los pacientes ingresados para quienes, entre las tres primeras impresiones diagnósticas en el momento del ingreso, figuren los filtros o palabras clave incluidos en la Tabla 2.

Tabla 1. Código CIE correspondientes a infección respiratoria aguda para la vigilancia de IRAG*

Categoría	Signo o síntoma	CIE-10-ES	CIE-9 -MC
Infecciones	Infecciones agudas del tracto respiratorio superior	J00-J06	460-466
	Gripe y neumonía	J09-J18	480-488
	Otras infecciones agudas del tracto respiratorio inferior	J20-J22	466, 519.8
Otras enfermedades respiratorias	Bronquitis	J40	490, 491.21
	Enfermedad pulmonar obstructiva crónica reagudizada por una infección	J44.0, J44.1	496
	Asma con exacerbación (aguda)	J45.21, J45.31, J45.41, J45.51, J45.901, J98.01	493.02, 493.12, 493.22, 493.92
	Insuficiencia respiratoria, no clasificada bajo otro concepto, aguda o no especificada	J96.0, J96.2, J96.9	786.09
	Otros trastornos respiratorios especificados	J98.8	519.8
Vinculados a COVID-19	Neumonías confirmadas como debidas al nuevo coronavirus de 2019 (COVID-19)	J12.82 U07.1	079.82

* Se incluyen todos los descendientes de los códigos mencionados en la tabla, pero no los ascendientes ni otros del mismo nivel que no se mencionen. Por ejemplo:

- cuando el código mencionado es de tres caracteres, como J10, se incluyen todos los códigos descendientes hasta el máximo número de caracteres anidados, en el ejemplo de J10 serían: J10.0, J10.00, J10.01, J10.08, J10.1, J10.2, J10.8 J10.81, J10.82, J10.83, J10.89.
- cuando el código mencionado es de cuatro caracteres, como J96.0, se incluyen igualmente todos sus códigos anidados (en este ejemplo: J96.00, J96.01, J96.02), pero no se incluyen otros del mismo nivel que no se mencionen, como sería J96.1, ni su ascendiente J96.
- cuando el código mencionado es de cinco o seis caracteres, como por ejemplo, J45.21 o J45.901, se incluyen igualmente esos mismos códigos y sus descendientes si los tuvieran, pero no otros del mismo nivel que no se mencionen ni su ascendiente, en este ejemplo, no se incluirían J45, J45.2, J45.20, J45.22, ni tampoco J45.9, J45.90, J45.902, J45.909.

Tabla 2. Impresiones diagnósticas en el momento del ingreso definitorias de infección respiratoria aguda (ejemplos).

Palabras clave para filtrar	Posibles impresiones diagnósticas compatibles con IRAG en los listados de admisión
Neumonía	Neumonía Neumonía derecha, izquierda, lobar, atípica Neumonía bilateral Neumonía adquirida en la comunidad Neumonía por organismo sin especificar Bronconeumonía Afectación pulmonar Infiltrados Opacidades Condensación
Asma	Asma agudización Asma agudizado Reagudización asmática Hiperreactividad bronquial Broncoespasmo
EPOC	EPOC reagudizado EPOC con exacerbación aguda
Infección respiratoria	Infección respiratoria Infección respiratoria aguda Bronquiolitis Gripe, síndrome gripal Infección SARS Infección COVID, COVID-19 Infección VRS
Insuficiencia respiratoria	Disnea Insuficiencia respiratoria aguda

Para la aplicación adecuada de la definición de caso, el listado de casos de IRAG deberá revisarse **para verificar que se cumplen las condiciones de la definición de caso:** inicio agudo de los síntomas respiratorios y hospitalización de al menos 24h (excepto cuando se produce la defunción de un paciente IRAG menos de 24hs después de la hospitalización).

Se excluirán aquellos pacientes con procesos claramente no infecciosos que explican la sintomatología (por ejemplo, tromboembolismo pulmonar o enfermedades cardíacas agudas) y aquellos con neumonía aspirativa, acidosis respiratorias y las insuficiencias respiratorias, EPOC y

asma no agudizadas. En general se excluyen los pacientes con IRAG de origen nosocomial porque el objetivo de esta vigilancia es estimar la incidencia de casos de IRAG hospitalizados procedentes de la comunidad. Quedan excluidos por tanto todos los pacientes hospitalizados con IRAG cuya fecha de inicio de síntomas sea 48h posterior al ingreso.

Entre los pacientes posibles de IRAG identificados se verificará los criterios clínicos de sospecha de IRAG en la historia clínica electrónica (HCE) y se registrará el número semanal de ingresos con sospecha de IRAG, como se indica en el apartado correspondiente.

Se considera un “reingreso” aquel ingreso que se produce en ≤ 14 días desde fecha de alta de otro episodio o ingreso previo.

3.6. Selección de la muestra de IRAs para el componente de selección sistemática y diagnóstico virológico (incluyendo tipado y subtipado)

Se debe incluir en el componente sistemático y tomar muestra para diagnóstico microbiológico a todos los pacientes hospitalizados **martes y miércoles con diagnóstico de IRAG y a todos los pacientes menores de 6 meses con diagnóstico de IRAG que se hospitalicen cualquier día de la semana.**

- El tipo de muestras del tracto respiratorio superior que pueden ser recogidas son: Frotis nasal, faríngeo o nasofaríngeo, aspirado nasofaríngeo o lavado nasal. Los frotis y aspirados nasofaríngeos son las mejores muestras para el aislamiento viral o para la detección del ARN viral mediante la RT-PCR.
- Se realizarán lo antes posible tras el ingreso, y preferiblemente **antes de 10 días** desde el inicio de los síntomas para poder detectar adecuadamente los virus SARS-CoV-2, gripe y VRS.
- Se recomienda que las pruebas de laboratorio (recomendada RT-PCR), se realicen en muestras obtenidas el momento del ingreso hospitalario o tan pronto como sea posible tras el mismo. Si no fuera posible la obtención de estas muestras, se podrán consignar los resultados de pruebas realizadas para ese episodio con anterioridad al ingreso (generalmente, en atención primaria o la urgencia hospitalaria), especialmente si dichas muestras se hubieran analizado por RT-PCR en el margen de 10 días desde el inicio de los síntomas.
- La toma de muestras se realizará **siempre en medio de transporte de virus, no en medios inactivantes.**
- El diagnóstico para SARS-CoV-2, gripe y VRS de pacientes centinela en la vigilancia de IRAG se debe realizar por RT-PCR en el laboratorio de microbiología del hospital, sin perjuicio de

que en la práctica clínica el médico pueda realizar adicionalmente in situ un test rápido de detección de antígenos para alguno de los tres virus.

- Si no fuera posible la realización de una prueba de RT-PCR se consignarán los resultados de las pruebas de antígenos. Especialmente, la negatividad de una prueba de Ag necesita la confirmación del negativo con RT-PCR.
- Es necesario asegurar la trazabilidad de la muestra del paciente centinela mediante una clave "ID muestra", que asegura la unión de la información epidemiológica, clínica y de vacunación e inmunización, con la información virológica de cada caso. Si la misma muestra se utiliza para la confirmación virológica de los tres virus (lo deseable) los id muestra de gripe, id muestra SARS-CoV-2 e id muestra VRS serán iguales.
- Todas las muestras positivas a gripe y/o a VRS deben ser tipadas y, en el caso de los virus de la gripe A, deben ser subtipadas por los laboratorios de referencia de IRAs de Andalucía (Laboratorio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada y Laboratorio de Microbiología del Hospital Virgen del Rocío).

- Laboratorio del Hospital Virgen de las Nieves de Granada: para Andalucía Oriental (Almería, Granada, Jaén y Málaga)

Unidad de Virus. Servicio de Microbiología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Av. Fuerzas Armadas s/n. 18014 Granada

- Laboratorio del Hospital Virgen del Rocío: para Andalucía Occidental (Cádiz, Córdoba, Huelva y Sevilla).

Servicio de Microbiología
Recepción de Muestras
Edificio Laboratorio 2ª Planta
Hospital Universitario Virgen del Rocío
Avda. Manuel Siurot s/n. 41023 Sevilla

3.7. Recogida de datos y ficheros para vigilancia

La recogida de información para la vigilancia se realizará de la siguiente forma:

- Casos de IRAG ingresados en la semana. A través de los listados de admisión y la HCe, se registrará en un fichero individualizado todos los pacientes hospitalizados con IRAG esa semana, con información básica de identificación del caso, sexo y fecha de nacimiento. Este fichero se enviará al Servicio de Vigilancia y Salud Laboral antes del martes a las 15 horas de la semana siguiente (Anexo 1).

Si en alguna de las semanas alguno de los hospitales notificadores no tuviera ningún caso de IRAG, lo deberá comunicar al Servicio de Vigilancia y Salud Laboral antes del martes a las 15 horas de la semana siguiente.

- Casos de IRAG ingresados en martes y miércoles. Para todos ellos se deben recoger las variables incluidas en la ficha de declaración de casos de Infección Respiratoria Aguda Grave de la aplicación Redalerta entre las que se incluyen: datos de identificación, datos epidemiológicos y clínicos (edad, sexo, síntomas, fecha de inicio de síntomas, fecha de toma de muestra, fecha de ingreso y de alta, factores de riesgo, complicaciones, ventilación mecánica invasiva, ingreso en UCI, defunción) y la información de laboratorio (detección de SARS-CoV-2, gripe o de VRS, fecha de diagnóstico, tipo de técnica utilizada, resultados de secuenciación, etc). Estos casos se grabarán en Redalerta antes del miércoles de la semana siguiente al ingreso.
- Casos IRAG menores de 6 meses ingresados cualquier día de la semana. Esta temporada como refuerzo de la vigilancia de VRS en población pediátrica se seguirán declarando en Redalerta como IRAG todos los casos ingresados cualquier día de la semana de IRAG menores de 6 meses. A todos se les tomará muestra para estudio de gripe, SARS-CoV-2 y VRS. En estos casos de IRAG se cumplimentará además un apartado específico en la ficha de Redalerta para menores de 2 años.

3.8. Caracterización genética de virus respiratorios

Al seleccionarse de forma sistemática (martes y miércoles de cada semana), las muestras centinela positivas de IRAG para gripe, SARS-CoV-2 y VRS son representativas de los virus que circulan en el territorio vigilado. Cada muestra llevará siempre asignada una clave de identificación "ID muestra", que permite enlazar la información epidemiológica con las caracterizaciones del laboratorio. Esta clave será asignada por el propio laboratorio a cada muestra que se analice para gripe, SARS-CoV-2 y VRS.

3.8.1 Secuenciación de gripe, SARS-CoV-2 y VRS

Se enviarán las muestras positivas para virus de gripe, SARS-CoV-2 y VRS a los laboratorios de referencia de IRAs de Andalucía, para cultivo y caracterización genética. Por ello es imprescindible que las muestras se recojan en medio de transporte para virus (no buffer de lisis o de inactivación).

En el caso de gripe, se debe secuenciar una muestra representativa de virus de la gripe para su caracterización genética, antes, durante y después del periodo epidémico de gripe. Al principio de la temporada, antes de intensificarse la circulación de virus gripales y del ascenso de la onda epidémica de gripe, se debe intentar secuenciar todos los virus positivos a gripe que tengan un

valor de $CT < 30$ (aplicable a todos los virus que se envíen durante la temporada). Una vez iniciado el periodo epidémico con mayor intensidad de circulación viral, sería necesario secuenciar una selección representativa de virus gripales positivos, por ejemplo, entre 4-5 virus por semana por CCAA. Cuando la actividad gripal vuelva a disminuir, una vez terminada la onda epidémica gripe, puede volver a secuenciarse todos los virus gripales.

Se deben secuenciar TODOS los virus SARS-CoV-2 positivos e incluir el resultado en la encuesta de caso en Redalerta, si es posible se cumplimentará el número de GISAID. En caso de que no sea técnicamente posible la secuenciación, debe notificarse como SECNOPOS.

En el caso de VRS se deben intentar secuenciar todos los virus VRS positivos.

3.8.2 Envío de muestras para aislamiento de virus en el CNM

Los laboratorios de referencia de IRAs de Andalucía enviarán al Centro Nacional de Microbiología una alícuota de las muestras respiratorias positivas a gripe y/o SARS-CoV-2 y/o VRS para proceder al aislamiento y la caracterización de los virus detectados. De esta forma se puede cumplir con el mandato de la OMS según el cual los virus representativos aislados de gripe deben enviarse a los centros colaboradores de la OMS para que se utilicen como potenciales candidatos para reformular vacunas que se adapten a las variantes o grupos de virus circulantes. En el caso de SARS-CoV-2 también hay que realizar análisis antigénicos, con virus cultivados. Basta con hacer una selección de las variantes más frecuentes (muestras respiratorias con valores de Ct muy bajos, en torno a 15) y enviar todas las variantes infrecuentes. Se pueden aprovechar los envíos periódicos que se hacen con gripe, ya que tanto las muestras que contengan virus de la gripe como SARS-CoV-2 y VRS son sustancias infecciosas clase B y pueden enviarse juntas.

4. RECURSOS HUMANOS

La coordinación de la vigilancia centinela de IRAG es responsabilidad del Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de la DGSPyOF. La organización de los recursos humanos y los circuitos de información para la recogida de la información en los hospitales y la preparación de los ficheros para la notificación al sistema de vigilancia será responsabilidad del servicio de Medicina Preventiva del hospital centinela con el apoyo de la dirección gerencia del hospital. El equipo responsable de la recogida y gestión de los datos de vigilancia de IRAG, deberá tener acceso a la HCe y a los listados de admisión y del laboratorio del hospital.

5. CIRCUITO DE TRANSMISIÓN DE LA INFORMACIÓN

- Los Servicios de Medicina Preventiva (Preventiva) del hospital serán responsables de:
 - Seleccionar todos los casos de IRAG que se hospitalicen en la semana y cumplan la definición de caso de IRAG.
 - Preparar y enviar el fichero semanal de todos los casos de IRAG
 - Identificar los IRAG hospitalizados M y X y los menores de 6 meses y enviar el listado de estos pacientes al laboratorio de diagnóstico de virus.
 - Identificar aquellos pacientes en los que no se ha realizado una PCR de gripe, SARS-CoV-2 o VRS y solicitar una muestra respiratoria para su determinación.
 - Cumplimentar la encuesta en Redalerta de caso de IRAG en aquellos IRAG hospitalizados M y X y los menores de 6 meses.
 - Incluir la información de ID muestra, diagnóstico de virus y secuenciación genética que reciban de los laboratorios en la encuesta de caso en Redalerta.
- Los laboratorios de Microbiología de los hospitales serán responsables de:
 - Asignación de la ID muestra a cada hospitalizado M y X y a los menores de 6 meses.
 - Realizar el diagnóstico de gripe, SARS-CoV-2 y VRS.
 - Enviar la información de diagnóstico a Preventiva.
 - Enviar las muestras de todos los virus SARS-CoV-2 positivos pertenecientes al listado de IRAG hospitalizados M y X y los menores de 6 meses al Laboratorio de Referencia de IRAs de Andalucía correspondiente para realizar la secuenciación.
 - Enviar las muestras positivas de gripe pertenecientes al listado de IRAG hospitalizados M y X y los menores de 6 meses al Laboratorio de Referencia de IRAs de Andalucía para realizar subtipado, cultivo y caracterización.
 - Enviar las muestras positivas de VRS pertenecientes al listado de IRAG hospitalizados M y X y los menores de 6 meses al Laboratorio de Referencia de IRAs de Andalucía para realizar tipado y secuenciación.
- Los Laboratorios de Referencia de IRAs serán responsable de:
 - Secuenciación de virus SARS-Cov2.
 - Subtipado, cultivo y caracterización de virus de la gripe.
 - Tipado, cultivo y caracterización de VRS.

- Envío de cepas y/o muestras de gripe, SARS-Cov2 y VRS al CNM.
 - Envío individualizado de resultados de cada una de las muestras enviadas a cada hospital de origen (microbiología y medicina preventiva).
 - Envío acumulado semanal de resultados al Servicio de Vigilancia y Salud Laboral de la DGSPyOF.
- El envío de los ficheros semanales con la información de vigilancia de IRAG de Andalucía a la aplicación del sistema SiVIRA se llevará a cabo siempre por el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral.

6. ANÁLISIS Y DIFUSIÓN DE LOS RESULTADOS

- Los miércoles de cada semana los datos de los componentes sindrómicos y de selección sistemática de muestras centinela de IRAG, con la información epidemiológica, clínica, virológica y de vacunación, en el formato establecido se cargarán desde el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral en la aplicación Web SiVIRA del Centro Nacional de Epidemiología.
- Con los datos semanales recibidos en el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral, tanto del componente sindrómico como del sistemático, una vez analizados se realizará un informe para su difusión los viernes de cada semana con los datos de la semana anterior. Este informe se publicará el martes en la página web de la Consejería de Salud y Consumo.

ANEXO 1. FICHERO IRAG INDIVIDUALIZADO SEMANAL

Fichero Excel, un caso ingresado por fila

CODIGO_HOSPITAL	NUHSA	SEXO	EDAD	FECHA_NACIMIENTO	FECHA_INGRESO



Junta de Andalucía

Consejería de Salud y Consumo