

Vigilancia de salud pública en relación con la COVID-19

Orientaciones provisionales

16 de diciembre de 2020



Antecedentes

En el presente documento se resumen las orientaciones actuales de la OMS para la vigilancia de salud pública en relación con la coronavirus de 2019 (COVID-19) en el ser humano debida a la infección por el coronavirus del síndrome respiratorio agudo severo de tipo 2 (SARS-CoV-2). En este documento, nos referiremos en ese sentido a la vigilancia de la COVID-19. Estas orientaciones combinan y reemplazan dos documentos anteriores: [Vigilancia mundial de la COVID-19 causada por la infección humana por el virus de la COVID-19: orientaciones provisionales](#) y [Estrategias de vigilancia de la infección humana por el virus de la COVID-19: orientaciones provisionales, 10 de mayo de 2020](#).

El presente documento debe leerse junto con las orientaciones de la OMS sobre [medidas decisivas de preparación, disposición a la acción y respuesta frente a la COVID-19](#) y sobre [rastreo de contactos](#) en el contexto de la COVID-19.

El [sitio web de la OMS sobre la COVID-19](#) ofrece información actualizada y otras orientaciones.

La presente versión contiene las siguientes novedades:

- Incorporación de pruebas rápidas de detección de antígenos en las definiciones de casos, en el contexto de las [Orientaciones sobre la detección de antígenos para el diagnóstico de la infección por el SARS-CoV-2 mediante inmunoanálisis rápidos](#).
- Actualización de las clasificaciones de transmisión con las últimas subcategorías de las [Consideraciones para aplicar y ajustar medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19](#).
- En varias partes del presente documento, la terminología se ha actualizado para aclarar mejor la distinción entre la enfermedad (COVID-19) y el patógeno (SARS-CoV-2).

Objeto del presente documento

En el presente documento se ofrecen a los Estados Miembros orientaciones acerca de la aplicación de la vigilancia de la COVID-19 y los requisitos en materia de notificaciones a la OMS.

Definiciones para la vigilancia

1. Definiciones de casos

Se han modificado las definiciones de caso sospechoso y caso probable, que figuran a continuación, a la luz de los últimos datos sobre los síntomas y los signos clínicos y radiográficos presentes en la COVID-19 que son más frecuentes o predictivos y de lo que se sabe sobre las dinámicas de transmisión. La actual definición de caso integra los conocimientos recientes sobre los signos y síntomas de la COVID-19 extraídos de:

- Publicaciones en las que se describe el espectro clínico de la COVID-19 en los enfermos hospitalizados (por ejemplo, Guan 2020, Menni 2020) y no hospitalizados (por ejemplo, Spinato 2020; Tostamn 2020, Struyf 2020) y el documento de la OMS [Manejo clínico de la COVID-19: orientaciones provisionales](#).
- análisis de la sensibilidad, la especificidad y el valor predictivo de los signos y síntomas descritos con más frecuencia, llevados a cabo por la OMS y sus asociados a partir de los datos de vigilancia.
- Reuniones consultivas con expertos clínicos, radiólogos y especialistas en ciencias del laboratorio conectados a redes mundiales de expertos que respaldaron la validación de la definición.

Puede que los países deban adaptar estas definiciones de casos en función de la situación epidemiológica local y de otros factores. Se alienta a todos los países a publicar las definiciones adaptadas, tanto en la red como en los informes periódicos de situación, y a documentar las actualizaciones periódicas de las definiciones que puedan afectar a la interpretación de los datos de vigilancia.

Caso sospechoso de infección por el SARS-CoV-2 (tres opciones: A, B o C):

A. Persona que cumple los criterios clínicos Y epidemiológicos:

Criterios clínicos:

1. Aparición súbita de fiebre Y tos;

O

2. Aparición súbita de TRES O MÁS signos o síntomas de la lista siguiente: fiebre, tos, debilidad general/fatiga,¹ cefalea, mialgia, dolor de garganta, resfriado nasal, disnea, anorexia/náuseas/vómitos, diarrea, estado mental alterado.

Y

Criterios epidemiológicos:

1. Haber residido o trabajado en un entorno de alto riesgo de transmisión del virus (por ejemplo, en entornos residenciales cerrados o entornos humanitarios tales como campamentos o estructuras similares para personas desplazadas) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas.

O

2. Haber residido en una zona en la que haya transmisión comunitaria o haber viajado a ella en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas.

O

3. Haber trabajado en un entorno de atención de salud (lo que incluye establecimientos de salud y hogares) en algún momento del periodo de 14 días anterior a la aparición de los síntomas.

B. Paciente con enfermedad respiratoria aguda grave (ERAG: infección respiratoria aguda con antecedentes de fiebre o fiebre medida igual o superior a 38 °C; y tos; con inicio en los últimos 10 días; y que precisa hospitalización).

C. Individuo asintomático que no cumple los criterios epidemiológicos y ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2.²

Caso probable de infección por el SARS-CoV-2 (cuatro opciones: A, B, C o D):

A. Paciente que cumple los criterios clínicos mencionados anteriormente Y es contacto de un caso probable o confirmado, o está vinculado a un conglomerado de casos de COVID-19.³

B. Caso sospechoso (descrito anteriormente) con signos indicativos de COVID-19 en las imágenes diagnósticas del tórax.⁴

C. Persona con anosmia (pérdida del olfato) o ageusia (pérdida del gusto) de aparición reciente en ausencia de otra causa identificada.

D. Muerte, sin otra causa conocida, en un adulto que haya presentado dificultad respiratoria antes de fallecer Y haya estado en contacto con un caso probable o confirmado o guarde relación con un conglomerado de casos de COVID-19.³

¹ Los signos separados por una barra (/) deben considerarse como uno solo.

² Se debe confirmar mediante una prueba de amplificación de ácidos nucleicos; véase el documento [Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2](#).

³ Un conjunto de individuos sintomáticos agrupados en el tiempo, en una misma ubicación geográfica o por una exposición común al virus, entre los cuales hay al menos **un caso confirmado mediante una prueba de amplificación de ácidos nucleicos** o al menos **dos casos** sintomáticos vinculados epidemiológicamente (que cumplen los criterios clínicos de la definición A o los criterios de la definición B de caso sospechoso) que han dado **positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2** (la prueba debe tener, como mínimo, una especificidad del 97% y, de ser posible, una probabilidad superior al 99,9% de que al menos un resultado positivo sea verdaderamente positivo).

⁴ En las pruebas de diagnóstico por imagen torácicas, son indicativos de COVID-19 los signos siguientes (Manna 2020):

- Radiografía de tórax: opacidades difusas, a menudo redondeadas y situadas en la periferia y la parte inferior de los pulmones.

- TC de tórax: múltiples opacidades bilaterales en vidrio esmerilado, a menudo redondeadas y situadas en la periferia y la parte inferior de los pulmones.

- Ecografía pulmonar: líneas pleurales engrosadas, líneas B (multifocales, aisladas o confluentes), imágenes de consolidación con o sin broncograma aéreo.

Caso confirmado de infección por el SARS-CoV-2 (tres opciones: A, B o C):

- A.** Individuo que ha dado positivo en una prueba de amplificación de ácidos nucleicos del SARS-CoV-2.
- B.** Individuo que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 **Y** que cumple con la opción A o la opción B de la definición de caso probable o de la definición de caso sospechoso.
- C.** Individuo asintomático que ha dado positivo en una prueba rápida de detección de antígenos del SARS-CoV-2 **Y** que es contacto de un caso probable o confirmado.

Nota: En el caso de los pacientes que no cumplan estrictamente los criterios clínicos o epidemiológicos, la decisión de realizar o no más exploraciones deberá basarse en un razonamiento clínico y de salud pública. Las definiciones de caso de la vigilancia no deben utilizarse como única referencia para orientar la atención clínica.

2. Definición de contacto

Persona que **entre dos días antes y 14 días después del inicio** de los síntomas en un caso probable o confirmado ha estado expuesta a alguna de las situaciones siguientes:

1. contacto personal con un caso probable o confirmado a menos de un metro de distancia y durante más de 15 minutos;
2. contacto físico directo con un caso probable o confirmado;
3. atención directa a un paciente con COVID-19 probable o confirmada sin utilizar [el equipo de protección personal recomendado](#);
O
4. situaciones de otro tipo en función de la evaluación local del riesgo, tal y como se indica en el cuadro 1 del documento [Rastreo de contactos en el contexto de la COVID-19](#).

Más información sobre la verificación de contactos en el documento [Rastreo de contactos en el contexto de la COVID-19](#).

Nota: En los casos confirmados asintomáticos, el periodo de contacto se contabiliza desde dos días antes hasta 14 días después de la fecha de obtención de la muestra en la que se basó la confirmación.

3. Definición de muerte por COVID-19

La muerte por COVID-19 se define, a efectos de la vigilancia, como un fallecimiento resultante de una enfermedad clínicamente compatible en un caso probable o confirmado de COVID-19, a menos que exista una clara causa alternativa de muerte que no pueda relacionarse con la COVID-19 (por ejemplo, un traumatismo). No debe haber un periodo de recuperación completa entre la enfermedad y la muerte.

4. Recomendaciones para las pruebas de laboratorio

Se deben investigar los casos sospechosos y probables para detectar la presencia del SARS-CoV-2 de acuerdo con las orientaciones de la OMS Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2. Aunque las actividades de respuesta recomendadas son en gran medida las mismas para los casos probables y los confirmados, hacerles una prueba a los casos probables, siempre que los recursos lo permitan, sigue siendo útil, ya que permite descartar casos y reducir la carga que supone el aislamiento y el rastreo de contactos.

Según la intensidad de la transmisión en un lugar determinado, el número de casos y la capacidad de laboratorio, se puede dar prioridad a un subgrupo de casos sospechosos o probables para realizarles pruebas. En el documento [Recomendaciones para la estrategia de realización de pruebas de laboratorio de la COVID-19 \(en inglés\)](#), la OMS ofrece recomendaciones sobre el modo de priorizar a las personas para hacerles pruebas en un contexto de transmisión comunitaria.

Vigilancia de la COVID-19 recomendada para los Estados Miembros

En este apartado se ofrece un panorama general de los métodos de vigilancia que los Estados Miembros deberían tener en cuenta para la vigilancia nacional integral de la COVID-19. Se hace hincapié en la necesidad de adaptar y reforzar los sistemas nacionales existentes cuando proceda y de ampliar las capacidades en materia de vigilancia según las necesidades.

Cuando los Estados Miembros estudien sus respectivas capacidades nacionales en materia de vigilancia, deberán tener en cuenta las notificaciones periódicas a la OMS acordes a los requisitos indicados más adelante.

1. Finalidades y objetivos

La finalidad de la vigilancia nacional de la COVID-19 es posibilitar que las autoridades de salud pública reduzcan la transmisión del SARS-CoV-2 y con ello limiten la morbilidad y la mortalidad asociadas a ella.

Los objetivos de la vigilancia de la COVID-19 son:

- Posibilitar la detección, el aislamiento, el diagnóstico y la atención tempranos de los casos.
- Detectar y contener los conglomerados y los brotes, en particular en los grupos de población vulnerables.

- Identificar los contactos, someterlos a seguimiento y ponerlos en cuarentena.
- Orientar la aplicación y el ajuste de medidas de control dirigidas, al tiempo que se posibilite la reanudación de las actividades económicas y sociales en condiciones de seguridad.
- Evaluar las consecuencias de la pandemia para los sistemas de atención de salud y la sociedad.
- Monitorear las tendencias epidemiológicas a largo plazo y la evolución del virus SARS-CoV-2 y las tendencias de la mortalidad por COVID-19.
- Ayudar a entender la cocirculación del SARS-CoV-2, los virus gripales, otros virus respiratorios y otros microorganismos patógenos.

2. Métodos de vigilancia

La mayoría de los países necesitan reforzar notablemente sus capacidades en materia de vigilancia para poder identificar y atender rápidamente los casos de COVID-19, rastrear y poner en cuarentena a los contactos, y monitorear las tendencias de la enfermedad a lo largo del tiempo. La vigilancia nacional integral de la COVID-19 exigirá adaptar y reforzar los sistemas nacionales existentes cuando proceda y ampliar las capacidades en materia de vigilancia según las necesidades. Las tecnologías digitales para la notificación rápida, el rastreo de contactos y la gestión y el análisis de los datos pueden dar apoyo a estas capacidades.

Una vez establecida una vigilancia integral y sólida, es preciso mantenerla incluso en las zonas en las que se haya anulado o controlado la transmisión, aunque haya pocos casos o ninguno. Es fundamental detectar rápidamente los casos nuevos y los conglomerados de casos de infección por el SARS-CoV-2, antes de que se produzcan brotes o se generalice la transmisión. La vigilancia continua de la COVID-19 también es clave para conocer las tendencias epidemiológicas a más largo plazo, como la incidencia y la mortalidad en los diversos grupos etarios, los grupos de población que corren mayor riesgo de sufrir un cuadro grave y morir, y los potenciales cambios epidemiológicos a lo largo del tiempo.

Las medidas clave para una vigilancia integral de la COVID-19 comprenden las siguientes:

- Utilizar, adaptar y reforzar los sistemas de vigilancia existentes.
- Reforzar las capacidades de laboratorio y de realización de pruebas.
- Utilizar, adaptar y potenciar al personal de salud pública para que lleve a cabo la búsqueda de casos, el rastreo de contactos y las pruebas.
- Incluir la COVID-19 entre las enfermedades de declaración obligatoria.
- Poner en marcha la notificación inmediata.
- Implantar sistemas para monitorear la actividad de rastreo de los contactos.

Es importante mantener una vigilancia sindrómica sistemática de otras enfermedades infecciosas, en especial de las causadas por microorganismos patógenos respiratorios, como el virus de la gripe y el virus respiratorio sincicial, mediante la vigilancia de los síndromes gripales, la infección respiratoria aguda grave, la neumonía atípica y la fiebre de origen desconocido, con toma de muestras y realización de pruebas de laboratorio en todos o parte de los casos. Esto es fundamental para conocer las tendencias de otras enfermedades que se manifiestan con cuadros clínicos similares y orientar adecuadamente las labores de preparación en materia de salud pública y la atención clínica.

3. Vigilancia esencial de la COVID-19

Dado que los brotes de COVID-19 pueden crecer de forma rápida y exponencial, es preciso identificar y notificar cuanto antes los casos nuevos y los conglomerados, y los datos deben incluirse en todos los análisis epidemiológicos pertinentes en un plazo máximo de 24 horas desde el diagnóstico. Las autoridades nacionales deben incluir la COVID-19 en la lista de enfermedades de declaración obligatoria y exigir la notificación inmediata.

Los sistemas de vigilancia han de ofrecer una cobertura geográfica completa y se debe potenciar la vigilancia de los grupos de población vulnerables o de alto riesgo. Ello exigirá una combinación de sistemas de vigilancia que comprenderá el rastreo de contactos en todos los niveles del sistema de salud, en el ámbito comunitario, en los entornos residenciales cerrados y en otros grupos vulnerables.

En el cuadro 1 se muestra cómo pueden combinarse los sistemas de vigilancia de los diversos sitios.

Cuadro 1. Sistemas de vigilancia en diversos sitios o contextos

Sistema Sitio/ contexto	Notificación inmediata de los casos	Rastreo de los contactos	Vigilancia viroológica	Investigaciones de los conglomerados	Vigilancia de la mortalidad	Vigilancia serológica
Comunidad	X	X		X	X	X
Centros de atención primaria (no centinela de síndromes gripales/infección respiratoria aguda)	X		X	X		
Hospitales (no centinela de síndromes gripales/infección respiratoria aguda grave)	X		X	X	X	X
Centinela de síndromes gripales/infección respiratoria aguda/infección respiratoria aguda grave	X		X			
Entornos cerrados*	X	X		X	X	X
Contagio de SARS-CoV-2 asociado a la atención sanitaria	X	X		X	X	X
En los puntos de entrada, a las personas que viajan	X	X		X		

*Incluye, entre otros, los establecimientos residenciales de larga estancia, las cárceles y las residencias universitarias.

3.1 Métodos de vigilancia en función del sitio o el contexto

3.1.1 Vigilancia en la comunidad

Siempre que sea factible, las personas con signos y síntomas de COVID-19 y todos los casos sospechosos deberán tener acceso a una evaluación y a pruebas, a poder ser en servicios de atención primaria. Si no hay posibilidad de efectuar pruebas en la atención primaria, los miembros de la comunidad pueden desempeñar un papel importante en la vigilancia de la COVID-19. La vigilancia basada en la comunidad —es decir, la detección y notificación sistemática de eventos de importancia para la salud pública dentro de una comunidad por parte de sus miembros— puede servir para reducir el desfase entre la comunidad y el sistema de salud. En la vigilancia basada en la comunidad, las alertas generadas por voluntarios capacitados se comunican a las autoridades sanitarias para su verificación y respuesta a través de los mecanismos de vigilancia y derivación establecidos. La Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja ofrece [aquí](#) más orientaciones sobre la implantación de la vigilancia basada en la comunidad, incluidas unas definiciones simplificadas de los casos de alerta.

Otros cauces importantes por los que los individuos y las comunidades pueden contribuir a la vigilancia de la COVID-19 y a la interrupción de las cadenas de transmisión son la participación en el rastreo de contactos y las investigaciones de los conglomerados. El rastreo de contactos consiste en identificar y hacer un seguimiento de todas las personas que puedan haber estado en contacto con una persona con infección por el SARS-CoV-2. Mediante el seguimiento diario de esas personas durante un máximo de 14 días desde que estuvieron en contacto con el caso original es posible identificar a las que corren un alto riesgo de ser contagiosas o enfermar y ponerlas en cuarentena antes de que transmitan la infección a otras. El rastreo de contactos puede combinarse con la búsqueda de casos puerta a puerta o las pruebas sistemáticas en entornos cerrados, como las instituciones de atención residencial, o con las pruebas sistemáticas en determinados grupos profesionales, como el personal sanitario o los trabajadores esenciales. Véanse las [Orientaciones para el rastreo de contactos en el marco de la COVID-19](#).

3.1.2 Vigilancia en la atención primaria

La vigilancia en la atención primaria es necesaria para detectar los casos y los conglomerados en la comunidad. Siempre que se pueda, las pruebas deberán estar disponibles en las consultas de atención primaria. Una opción complementaria es establecer instalaciones comunitarias dedicadas específicamente a las pruebas de la infección por el SARS-CoV-2, como las que permiten realizarlas sin bajar del auto o se ubican en lugares fijos de edificios comunitarios. Los casos probables o confirmados de infección por el SARS-CoV-2 deben notificarse en un plazo máximo de 24 horas desde su detección. Es crucial que se notifiquen y analicen rápidamente los datos para detectar nuevos casos y conglomerados e iniciar el rastreo de los contactos. Por lo tanto, para cada caso debe recopilarse un número mínimo de variables: la edad, el sexo, el lugar de residencia, la fecha de inicio de la enfermedad, la fecha en que se tomó la muestra y el resultado de la prueba. La notificación diaria de los datos a las autoridades de salud pública locales o nacionales puede facilitarse mediante el uso de sistemas en línea, aplicaciones de telefonía móvil, mensajes de texto SMS o el teléfono. Es fundamental que todos los centros de atención primaria envíen notificaciones de cero casos (cuando no se haya detectado ninguno), a ser posible a diario, para confirmar que el sistema de vigilancia funciona sin interrupción y monitorear la circulación del virus.

3.1.3 Vigilancia hospitalaria

Los casos de pacientes hospitalizados con COVID-19 probable o confirmada deben notificarse a las autoridades nacionales de salud pública en un plazo máximo de 24 horas desde su detección. Puede que algunos datos esenciales (por ejemplo, el desenlace clínico) no estén disponibles de inmediato, pero ello no debe demorar la notificación a las autoridades de salud pública.

Los datos esenciales mínimos de los casos hospitalarios deben incluir:

- La edad, el sexo o género y el lugar de residencia.
- La fecha de inicio de la enfermedad, la fecha de recogida de la muestra y la fecha de ingreso.
- El tipo de análisis de laboratorio y el resultado.
- Si el paciente es un trabajador sanitario o no.
- La gravedad en el momento de la notificación (ingresado y tratado con ventilación o ingresado en una unidad de cuidados intensivos).
- El desenlace clínico tras la enfermedad (fecha del alta o de la muerte).

La notificación diaria de cero casos por parte de los hospitales es crucial para confirmar que el sistema de vigilancia funciona sin interrupción.

3.1.4 Vigilancia basada en sitios centinela (*síndromes gripales/infección respiratoria aguda/infección respiratoria aguda grave*)

La vigilancia sindrómica centinela es un enfoque que complementa las otras formas de vigilancia enumeradas en el presente documento. La ventaja de usar sistemas de vigilancia centinela radica en que se basan en un método de realización de pruebas normalizado y sistemático que, a diferencia de los otros métodos de vigilancia de la COVID-19, no se ve afectado por los cambios en las estrategias de realización de pruebas; de este modo, es más sencillo hacer un seguimiento de las tendencias.

Los países que llevan a cabo una vigilancia centinela en la atención primaria o los hospitales para detectar los casos de síndromes seudogripales, infección respiratoria aguda, infección respiratoria aguda grave o neumonía deben continuar con esta vigilancia sindrómica y con la recogida de muestras respiratorias utilizando las definiciones de casos vigentes a través de las redes centinela. En los laboratorios, las muestras obtenidas sistemáticamente en los sitios centinela deben seguir sometiéndose a las pruebas virológicas de detección de la gripe y ahora, además, a las de detección de la infección por el SARS-CoV-2. Se alienta a los países a que lleven a cabo una vigilancia centinela de los síndromes respiratorios agudos durante todo el año y sometan las muestras a las pruebas de detección de la infección por el SARS-CoV-2.

Dentro de los sistemas de vigilancia existentes, los pacientes seleccionados para realizarles pruebas suplementarias de detección de la infección por el SARS-CoV-2 deben ser, en lo posible, representativos de la población y abarcar todos los grupos etarios y ambos sexos. En la medida de lo posible, se deben seguir recogiendo muestras de los sitios centinela de los síndromes gripales y de los de la infección respiratoria aguda grave, a fin de que estén representadas tanto las enfermedades leves como las graves. Se reconoce que, en función de la situación, los recursos y la epidemiología locales, los países tal vez deseen dar prioridad a la toma de muestras en los pacientes hospitalizados (casos de infección respiratoria aguda grave o neumonía) para conocer la circulación de la infección por el SARS-CoV-2 entre los enfermos con cuadros clínicos más graves.

Los casos de infección por el SARS-CoV-2 identificados por medio de la vigilancia centinela deben notificarse en los recuentos nacionales generales de casos de infección por el SARS-CoV-2/de COVID-19 y a través de los cauces pertinentes de los sitios centinela.

Se ofrecen más orientaciones sobre la vigilancia de la COVID-19 mediante sitios centinela en las [Orientaciones provisionales para mantener la vigilancia de la gripe y el seguimiento de la COVID-19 \(en inglés\)](#).

3.1.5 Entornos cerrados

Hace falta una vigilancia específica y mejorada de algunos grupos de alto riesgo que residen o trabajan en entornos cerrados para garantizar una detección temprana de casos y conglomerados más rápida que por medio de la vigilancia de atención primaria o la hospitalaria. Las personas que viven en entornos cerrados, como cárceles, establecimientos residenciales, centros de mayores o residencias para personas con discapacidad, pueden ser especialmente vulnerables a la COVID-19. Los motivos comprenden el hecho de vivir en entornos en los que la probabilidad de transmisión puede ser mayor que en la población general, o el tener dolencias o factores predisponentes que aumenten el riesgo de presentar un cuadro clínico grave y morir. La vigilancia mejorada en entornos

cerrados comprende la búsqueda activa de casos mediante el cribado diario de signos y síntomas de la COVID-19, incluida la toma diaria de la temperatura, y la notificación diaria de cero casos referida a todos los integrantes de los grupos de alto riesgo objeto de vigilancia.

3.2 Infecciones por el virus SARS-CoV-2 asociadas a la atención de salud

En los países con un sistema de declaración obligatoria de las infecciones relacionadas con la atención de salud, debe incluirse en esta la infección por el SARS-CoV-2 como enfermedad de notificación prioritaria, además de contabilizarse dentro de la vigilancia general de la COVID-19. Todos los casos y conglomerados registrados en entornos sanitarios deben investigarse y documentarse para determinar el origen y las características de la transmisión y poder controlarlos rápidamente. Lo ideal es que se notifiquen específicamente el número de casos de COVID-19 y de muertes por esta causa entre el personal de atención de salud (incluidas las infecciones asintomáticas por el SARS-CoV-2). [Aquí](#) y [aquí](#) pueden consultarse más recursos sobre la COVID-19 entre los profesionales sanitarios en entornos de atención de salud.

3.3 Vigilancia de la mortalidad

El número de fallecimientos por COVID-19 (véase la definición más adelante) ocurridos en hospitales debe notificarse a diario. También el número de fallecimientos por COVID-19 que se producen en la comunidad, incluidos los centros de larga estancia, debe notificarse a diario, si es posible, o al menos semanalmente. Tanto en el caso de los fallecimientos por COVID-19 hospitalarios como en el de los comunitarios deben registrarse la edad, el sexo y el lugar de la muerte. La notificación de las defunciones para la vigilancia de la COVID-19 no está sujeta a los requisitos legales que rigen la certificación de la defunción, la cual debe realizarse como exigen habitualmente los sistemas de registro civil. Se deben utilizar estadísticas demográficas para monitorear el exceso de mortalidad por todas las causas a lo largo del tiempo. Los países también deben monitorear las muertes por causas respiratorias inespecíficas (por ejemplo, por neumonía no especificada), que pueden representar casos de COVID-19 no diagnosticados, y las variaciones en las tasas de otras causas de muerte, que pueden guardar relación con los efectos de la pandemia de COVID-19 en los sistemas de salud. En los lugares en los que los sistemas de registro civil y de estadísticas demográficas sean limitados o inexistentes cabe estudiar la posibilidad de llevar a cabo una vigilancia rápida de la mortalidad. Se ofrecen más orientaciones en el documento [Revealing the Toll of COVID-19](#).

3.4 Vigilancia de los datos de las pruebas de laboratorio

Deben recopilarse los datos de todos los laboratorios pertinentes sobre el número de personas a las que se les han hecho pruebas de detección del SARS-CoV-2. La amplificación de ácidos nucleicos es el método habitual de referencia para detectar este virus; si se usan otras técnicas, se deben anotar y notificar el número de pruebas realizadas y el de infecciones confirmadas por cada método. Aunque los sistemas de vigilancia suelen reflejar el número de casos de infección por el SARS-CoV-2, también es importante recopilar información acerca de los criterios para la realización de pruebas y el número total de personas a las que se les han hecho pruebas de detección del SARS-CoV-2 (esta variable es distinta del número de pruebas realizadas, que puede no ser un denominador preciso, ya que hay personas a las que les repiten la prueba). El denominador de las pruebas puede indicar el grado de actividad de la vigilancia, y la proporción de pruebas positivas puede indicar la intensidad de la transmisión entre las personas.

- Pruebas de amplificación de ácidos nucleicos

En las primeras fases de la epidemia, el único ensayo recomendado por la OMS para confirmar un caso era la amplificación de ácidos nucleicos (por ejemplo, mediante la reacción en cadena de la polimerasa [PCR] con retrotranscripción). Tanto la PCR como otros ensayos de amplificación de ácidos nucleicos pueden ser manuales o tener diferentes grados de automatización que simplifican su uso. Sin embargo, a los efectos de la vigilancia, no se distingue entre todas estas pruebas NAAT. Para más información, consúltese el documento [Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2](#).

- Pruebas rápidas de detección de antígenos

Además de las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos, que siguen siendo la referencia, la OMS introduce en esta versión revisada como método de confirmación las pruebas de diagnóstico rápido que detectan antígenos. Esta nueva tecnología para detectar el SARS-CoV-2 es mucho más sencilla y rápida de realizar que las pruebas de amplificación de ácidos nucleicos como la PCR con retrotranscripción. Con este método se detectan directamente proteínas del SARS-CoV-2 en hisopos nasales o nasofaríngeos mediante el inmunoensayo de flujo lateral, una prueba rápida cuyos resultados se obtienen en 15 a 30 minutos. Aunque las pruebas rápidas de detección de antígenos son menos sensibles que las de amplificación de ácidos nucleicos, permiten la detección rápida, económica y temprana de las infecciones por SARS-CoV-2 más infecciosas en los lugares donde no se dispone de PCR o donde los resultados de esta tardan en obtenerse.

Para más información, sírvase consultar el documento [Detección de antígenos para el diagnóstico de la infección por el SARS-CoV-2 mediante inmunoanálisis rápidos](#).

- Detección de anticuerpos (serología)

Los ensayos serológicos que detectan los anticuerpos que el organismo produce para combatir la infección por el SARS-CoV-2 pueden ser útiles en diversas circunstancias.

Los estudios de serovigilancia pueden utilizarse para investigar brotes activos y en la evaluación retrospectiva de la tasa de ataque o el tamaño de un brote. Dado que el SARS-CoV-2 es un patógeno nuevo, todavía no se conocen a fondo las respuestas inmunitarias a que da lugar, de modo que se recomienda cautela con las pruebas de detección de anticuerpos, que no deben emplearse para determinar infecciones agudas. A diferencia de los ensayos semicuantitativos o cuantitativos, los ensayos no cuantitativos (como los de flujo lateral) no permiten detectar aumentos de las concentraciones de anticuerpos. Actualmente no se recomienda utilizar ensayos de flujo

lateral (u otros ensayos no cuantitativos) para el diagnóstico agudo y el tratamiento clínico, y se está estudiando si pueden ser útiles en las encuestas epidemiológicas. Para más información sobre la utilidad de las pruebas de inmunodiagnóstico rápido, consúltese el informe científico de la OMS con orientaciones sobre las [pruebas específicas de inmunodiagnóstico del SARS-CoV-2 en el punto de atención](#) (*en inglés*).

La seroconversión inmunológica se determina mediante pruebas para detectar la presencia (y la concentración) de anticuerpos contra varias proteínas del SARS-CoV-2 en la fase aguda de la enfermedad (es decir, en los primeros días tras la aparición de los síntomas) y en la de convalecencia (semanas más tarde, tras la desaparición de los síntomas). Los casos se pueden confirmar retrospectivamente si se detecta un aumento significativo de las concentraciones de anticuerpos desde los valores iniciales hasta los obtenidos en la fase de convalecencia. Para más información, consúltese el documento [Pruebas diagnósticas para el SARS-CoV-2](#).

4. Otros métodos y enfoques para la vigilancia de la COVID-19

Pueden utilizarse otros métodos de vigilancia junto con los elementos esenciales de la vigilancia integral de la COVID-19. Se están estudiando nuevos enfoques, como la vigilancia ambiental de fragmentos víricos no infecciosos del SARS-CoV-2 en las aguas residuales, pero aún no son lo bastante sólidos como para usarse de manera sistemática.

4.1 Vigilancia basada en eventos

La capacidad de detectar rápidamente cualquier cambio en la situación general de la COVID-19 puede reforzarse aún más mediante mecanismos eficaces de vigilancia basada en eventos. Mediante este tipo de vigilancia se capta información no estructurada procedente de canales formales e informales, como contenido en línea, programas de radio o medios de comunicación impresos pertenecientes a todos los sectores de interés, con objeto de complementar las actividades habituales de vigilancia de salud pública. Para aplicarla eficazmente hacen falta recursos humanos especializados y unos procesos claros para cribar grandes volúmenes de información y filtrar, clasificar, verificar, comparar, evaluar y comunicar los contenidos pertinentes. A lo largo de los años se han ido desarrollando muchos sistemas en la red para facilitar el funcionamiento de la vigilancia basada en eventos y muchos de ellos convergen en la [Plataforma de inteligencia epidemiológica de fuente abierta](#) (EIOS, por sus siglas en inglés) dirigida por la OMS. También es importante vigilar la posible aparición simultánea de otros eventos que afecten a más personas todavía y socaven los esfuerzos de respuesta a la COVID-19. Se ofrecen más orientaciones sobre la vigilancia basada en eventos en <https://africacdc.org/download/africa-cdc-event-based-surveillance-framework/>.

4.2 Servicios de consulta telefónica

Las líneas telefónicas directas puestas a disposición del público para la consulta y la derivación a servicios de atención de salud pueden ofrecer indicios tempranos de la propagación de la enfermedad en una comunidad. El funcionamiento eficaz de una línea de atención telefónica exige recursos específicos y personal capacitado que sepa clasificar las llamadas y derivar correctamente a las personas al servicio pertinente, ya sea de atención de salud o de otro tipo.

4.3 Vigilancia participativa

La vigilancia participativa de enfermedades habilita a los miembros de la población para que notifiquen ellos mismos sus signos o síntomas, sin pruebas de laboratorio ni evaluaciones por parte de un proveedor de atención médica (Menni 2020, [2]). Se basa en la notificación voluntaria, por lo general mediante aplicaciones específicas para teléfonos inteligentes. Aunque este tipo de vigilancia tal vez no sea muy específico para identificar casos de COVID-19, el análisis de las tendencias de las afecciones notificadas por los propios miembros de la población es capaz de indicar en qué comunidades podría estar empezando a propagarse la enfermedad. Los datos recopilados mediante la vigilancia participativa también pueden dar indicios sobre cambios en los comportamientos de solicitud de atención médica; es importante conocer estos a la hora de interpretar los datos de vigilancia procedentes de los centros.

4.4 Vigilancia serológica

Las encuestas poblacionales de seropositividad para anticuerpos y la realización de pruebas serológicas en determinados entornos o grupos de población pueden ayudar a ofrecer estimaciones de la proporción de una población que ha resultado infectada por el SARS-CoV-2 según las determinaciones de anticuerpos. La vigilancia mejorada, las encuestas y las investigaciones de los brotes permiten evaluar la extensión de la infección en la población general o en subpoblaciones, así como en determinados grupos etarios, y también, potencialmente, la proporción de infecciones no identificadas (por ejemplo, las asintomáticas). Se ofrece más información sobre el uso de la serología y la seroepidemiología en el contexto de la COVID-19 en <https://www.who.int/emergencies/diseases/novel-coronavirus-2019/serology-in-the-context-of-covid-19>.

4.5 Vigilancia en entornos humanitarios y otros entornos con pocos recursos

En los campamentos de refugiados y entre las poblaciones desplazadas, así como en otros entornos humanitarios o con pocos recursos, cabe tener en cuenta más consideraciones para la aplicación de la vigilancia.

La detección de la infección por SARS-CoV-2 puede basarse en varias estrategias. La vigilancia basada en eventos puede ayudar a recopilar las advertencias y alertas tempranas. En los entornos en los que existan sistemas de pronta alerta y respuesta o de vigilancia basada en la comunidad, hay que integrar en estos la vigilancia de la COVID-19; y puede llevarse a cabo una búsqueda activa de casos cuando sea factible. En los centros de atención de salud se puede instaurar una vigilancia sindrómica. En las actividades de vigilancia y respuesta debe darse prioridad a los grupos vulnerables, entre ellos, los trabajadores sanitarios, las personas con factores

de riesgo de padecer un cuadro clínico grave y las personas con acceso insuficiente a la atención de salud, así como las que están en entornos cerrados con alto riesgo de transmisión de la enfermedad.

Las estrategias de realización de pruebas deben ir dirigidas a los casos sospechosos de acuerdo con las definiciones de caso de la OMS. El establecimiento de más prioridades puede depender de la clasificación de la transmisión, los grupos de alto riesgo y los recursos disponibles.

Se ofrece más información en las orientaciones interinstitucionales tituladas [Ampliación de las operaciones de preparación y respuesta ante brotes de COVID-19 en situaciones humanitarias](#). [Aquí](#) se pueden consultar más orientaciones relativas a las operaciones humanitarias, los campamentos y otros entornos frágiles.

5. Notificación y análisis de los datos de vigilancia

Se deben notificar, compilar y analizar a diario los datos esenciales de vigilancia de la COVID-19 descritos anteriormente, incluida la notificación de cero casos cuando no haya ninguno. Los datos deben compilarse a escala nacional o en un nivel administrativo gubernamental adecuado (por ejemplo, distrito, provincia, prefectura o estado). También deben llevarse a cabo periódicamente análisis más exhaustivos centrados en la edad, el sexo, las características de la realización de pruebas y la gravedad. Los informes de estos análisis periódicos deben distribuirse a todos los puntos de notificación del sistema de vigilancia; lo ideal es que también se pongan a disposición del público en un sitio web gubernamental. Numerosos organismos nacionales y locales de salud pública han creado paneles de información en línea para notificar los datos de vigilancia.

Para interpretar cabalmente los datos de vigilancia en el contexto de esta nueva enfermedad, la OMS recomienda analizarlos y presentarlos con descripciones claras de los siguientes elementos: las definiciones vigentes de caso probable y caso confirmado (por ejemplo, si las personas con resultado positivo en las pruebas rápidas se contabilizan o no como casos confirmados), las estrategias de detección (como la búsqueda activa de casos o la detección en la comunidad) y las estrategias de realización de pruebas (pruebas dirigidas o sistemáticas, pruebas limitadas a pacientes hospitalizados, etc.); deberán indicarse los cambios en las definiciones o los criterios a lo largo del tiempo. Dichos cambios repercuten en la verificación de los casos y, por lo tanto, también en múltiples parámetros epidemiológicos, como la curva epidémica y el cálculo de la [tasa de letalidad](#).

Los datos pertinentes deben comunicarse a la OMS como se indica a continuación en el apartado *Notificación de los datos de vigilancia de la COVID-19 a la OMS*.

También se alienta a los países a monitorear la calidad de la vigilancia de la COVID-19 mediante el seguimiento de indicadores de desempeño tales como la puntualidad, la exhaustividad y la representatividad de los datos de vigilancia.

Notificación de los datos de vigilancia de la COVID-19 a la OMS

La OMS solicita a los Estados Miembros que notifiquen las cifras diarias de casos y defunciones y las cifras agregadas semanales de casos y defunciones según diversos niveles de agregación.

1. Objetivos de la vigilancia mundial

Los objetivos actualizados que figuran a continuación se basan en la vigilancia mundial hasta la fecha. Los objetivos de dicha vigilancia son:

- Monitorear las tendencias de la COVID-19 en los países y en todo el mundo.
- Monitorear la mortalidad causada por la COVID-19 y la asociada indirectamente a ella.
- Estimar la morbilidad y la mortalidad entre los trabajadores de la salud.
- Evaluar el impacto de las medidas de control.

Metadatos de los países

Se solicita a los Estados Miembros que proporcionen a la OMS más metadatos de la vigilancia a fin de facilitar la interpretación de los datos de vigilancia enviados, a saber:

1. La definición del periodo epidemiológico (o semana epidemiológica) vigente en el país (por ejemplo, «de lunes a domingo»).
2. Las definiciones de caso que utiliza el país y su fecha de entrada en vigor.
3. La estrategia o estrategias de vigilancia o detección que se están aplicando en el país y su fecha de entrada en vigor.
4. La estrategia o estrategias de realización de pruebas que se están aplicando en el país y su fecha de entrada en vigor.
5. Los informes de situación, cuando se emitan.

Los datos deben enviarse al buzón electrónico creado específicamente para la vigilancia de la COVID-19 (covidsurveillance@who.int) o canalizarse a través de las respectivas oficinas regionales de la OMS.

2. Recopilación de datos agregados diarios

Las cifras diarias de infecciones por el SARS-CoV-2/casos de COVID-19 y de defunciones por esta causa son compiladas por las oficinas regionales de la OMS, que, a su vez, reciben los datos directamente de los Estados Miembros o los extraen de fuentes gubernamentales oficiales de acceso público (por ejemplo, los sitios web de los ministerios de salud). Por consiguiente, se alienta a los Estados Miembros a que sigan aportando esas cifras diarias sin interrupción. La OMS recopila y notifica diariamente el número de infecciones y de defunciones confirmadas en sus informes de situación, en el panel de información mundial (covid19.who.int) y en otros lugares.

Las cifras se basan en las [definiciones de casos de la OMS](#), a menos que se indique lo contrario (véase [Actualizaciones específicas de países, territorios o zonas y fe de erratas](#)). Todos los datos representan la fecha de notificación en lugar de la fecha de aparición de los síntomas. Todos los datos son objeto de verificaciones continuas y pueden cambiar en función de actualizaciones retrospectivas para reflejar con exactitud las tendencias y los cambios en las definiciones de caso o las prácticas de notificación utilizadas por los países. Las principales actualizaciones de los datos de los países se indican en [Actualizaciones específicas de países, territorios o zonas y fe de erratas](#).

La cifra de nuevas infecciones y de defunciones se calcula restando de la cifra actual la cifra acumulada total anterior. Debido a las diferencias en los métodos de notificación, los plazos límite para el envío de datos, la consolidación de datos retrospectivos y las demoras en la notificación, es posible que el número de nuevas infecciones no siempre refleje los totales diarios publicados por los distintos países, territorios o zonas.

[Aquí](#) se ofrece más información sobre los datos recopilados y mostrados.

3. Notificación de datos agregados semanales

La finalidad de las notificaciones de datos agregados semanales es obtener más información sobre las tendencias mundiales de la COVID-19 para mejorar el análisis. Se añaden nuevas variables para tener en cuenta la nueva definición de caso (incluidos los casos probables) y los objetivos de la vigilancia mundial (cifra de casos y muertes entre los trabajadores de la salud), y se muestran en **negrita** en la lista que figura a continuación:

- Número de casos confirmados
- **Número de casos probables**
- Número de defunciones confirmadas
- **Número de defunciones probables**
- Número de personas hospitalizadas (casos confirmados y probables)
- Número de altas (casos confirmados y probables)
- **Número de trabajadores de la salud infectados (casos confirmados + probables) como subgrupo del número total de casos**
- **Número de trabajadores de la salud fallecidos por COVID-19 (casos confirmados + probables) como subgrupo del número total de defunciones**
- Número de personas a las que se les realizó una prueba
- **Número de personas a las que se les realizó la prueba de la PCR**
- Casos confirmados + **probables** por grupo etario y sexo (véase más adelante)
- Defunciones confirmadas + **probables** por grupo etario y sexo (véase más adelante)
- Clasificación de la transmisión

En el formulario más reciente se han modificado las categorías de edad, que ahora son las siguientes (en años): 0-4, 5-9, 10-14, 15-19, 20-29, 30-39, 40-49, 50-59, 60-64, 65-69, 70-74, 75-79, 80 o más.

Estos datos pueden notificarse utilizando el formulario en formato Excel «Vigilancia mundial de la COVID-19: Proceso de la OMS para la notificación de datos agregados – V2», disponible [aquí](#), y que incluye un diccionario de datos. Los Estados Miembros también pueden servirse de la plataforma específica para el envío semanal de los datos de vigilancia: la plataforma de vigilancia semanal para la recopilación de las variables mínimas a escala nacional y la **clasificación de la transmisión** a escala nacional y subnacional está a disposición de los Estados Miembros para que estos notifiquen cada semana sus datos directamente a la OMS (a fin de solicitar más información para obtener las credenciales de acceso o actualizar las clasificaciones de la transmisión durante la semana, sírvase escribir a covidsurveillance@who.int). Se aconseja notificar semanalmente los cero casos cuando corresponda. La plataforma ofrece un panel para la visualización directa de los nuevos datos introducidos.

La OMS recomienda utilizar las siguientes categorías para describir la situación de la transmisión a escala nacional (y, cuando sea posible, a escalas subnacionales) con objeto de orientar las decisiones relativas a las [actividades de preparación, disponibilidad operacional y respuesta](#).

Cuadro 2: Definiciones de las categorías en las que se divide la situación de la transmisión

Nombre de la categoría	Definición
Ausencia de casos (activos)	No se han detectado casos en los últimos 28 días (dos veces el periodo máximo de incubación). El sistema de vigilancia debe ser suficientemente fiable. El riesgo de infección para la población general es prácticamente nulo.
Casos importados/ esporádicos	Todos los casos detectados en los últimos 14 días son importados, esporádicos (por ej., contraídos en el laboratorio o zoonóticos) o guardan relación con casos importados/esporádicos, y no hay indicios claros de transmisión local posterior. El riesgo de infección para la población general es mínimo.
Conglomerados de casos	Los casos detectados en los últimos 14 días se circunscriben predominantemente a agrupamientos de casos bien definidos que no están directamente vinculados con casos importados, pero todos ellos coinciden en el tiempo, la localización geográfica y la exposición común. Cabe suponer que en la zona hay también casos no identificados. Si evita la exposición a dichos conglomerados, el riesgo de infección para otras personas de la comunidad es bajo.
Transmisión comunitaria de nivel 1	Incidencia baja de casos contraídos localmente, muy dispersos y detectados en los últimos 14 días, que no guardan relación con conglomerados específicos de casos; la transmisión puede concentrarse en algunos subgrupos de la población. El riesgo de infección para la población general es bajo.
Transmisión comunitaria de nivel 2	Incidencia moderada de casos contraídos localmente, muy dispersos y detectados en los últimos 14 días; la transmisión se concentra menos en algunos subgrupos de la población. El riesgo de infección para la población general es moderado.
Transmisión comunitaria de nivel 3	Incidencia alta de casos contraídos localmente, muy dispersos y detectados en los últimos 14 días; la transmisión es generalizada y no se concentra en subgrupos de la población. El riesgo de infección para la población general es alto.
Transmisión comunitaria de nivel 4	Incidencia muy alta de casos contraídos localmente, muy dispersos y detectados en los últimos 14 días. El riesgo de infección para la población general es muy alto.

Para más información, consúltese el documento de referencia [Consideraciones para aplicar y ajustar medidas de salud pública y sociales en el contexto de la COVID-19](#).

La OMS solicita a los Estados Miembros que notifiquen con carácter prioritario la clasificación correspondiente al nivel administrativo 0. Cuando no se disponga de la clasificación de la transmisión a nivel nacional pero sí a nivel subnacional, la OMS asignará al nivel nacional la categoría de transmisión más alta de las notificadas para cualquiera de los niveles administrativos 1. La OMS pide solamente que se presenten informes sobre las principales situaciones relativas a la transmisión (es decir, ningún caso, casos importados/esporádicos, aglomerados o transmisión comunitaria); no es necesario informar de las subclasificaciones de la transmisión comunitaria.

Durante la evolución de la epidemia, la clasificación de la transmisión puede ascender o descender a tenor de la situación. Si esta cambia, la OMS recomienda lo siguiente:

- Paso a una situación de mayor transmisión: notificar el cambio en cualquier momento (en la siguiente actualización semanal).
- Paso a una situación de menor transmisión: observar durante un periodo de 28 días antes de confirmar el descenso en la clasificación de la transmisión.

Antes de modificar la clasificación de la transmisión, la OMS recomienda que se celebre una reunión consultiva entre el Estado Miembro y la oficina de la OMS en el país para estudiar cómo influyen el desempeño de la vigilancia y la estrategia de realización de pruebas en la situación epidemiológica observada.

El plazo para que los Estados Miembros envíen los datos semanales y la clasificación de la transmisión correspondientes a cada semana epidemiológica termina el jueves de la semana siguiente. Se pide a los Estados Miembros que remitan datos semanales incluso cuando no se hayan notificado nuevos casos durante la semana (notificación de cero casos).

Los datos se pondrán a disposición de todos los Estados Miembros y el público en general en el sitio web de la OMS sin modificaciones ni filtrados por parte de esta; puede que se agrupen con otros datos para orientar las operaciones internacionales de respuesta y que se publiquen periódicamente en informes de situación actualizados de la OMS y en otros formatos en beneficio de todos los Estados Miembros.

4. Notificación basada en casos

La OMS ya no exige la presentación de formularios de notificación de casos individuales.

Con carácter voluntario, tal vez los Estados Miembros deseen seguir remitiendo formularios de notificación de casos en consulta con sus oficinas regionales de la OMS. La oficina regional pertinente gestionará las políticas de intercambio de datos relacionadas con la estrategia de datos y análisis basados en casos y el intercambio de resultados.

Aunque la OMS recomienda abandonar la notificación basada en casos para la vigilancia, alienta a los países a participar en la notificación de datos clínicos sobre los enfermos de COVID-19 sirviéndose de los instrumentos específicos disponibles en <https://apps.who.int/iris/handle/10665/333778>.

5. Notificaciones de la COVID-19 a través del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG)

La OMS tiene un largo historial de vigilancia de las tendencias y los aspectos virológicos de la gripe por medio del Sistema Mundial de Vigilancia y Respuesta a la Gripe (SMVRG), que recopila información sobre los casos de síndromes gripales, infección respiratoria aguda, infección respiratoria aguda grave y neumonía y la mortalidad correspondiente, fundamentalmente por medio de la vigilancia centinela. Se alienta a los países a que mantengan y refuercen la actual vigilancia sindrómica centinela y a que en las muestras recogidas para la vigilancia de la gripe realicen, además, pruebas de detección del SARS-CoV-2 (véase https://www.who.int/influenza/gisrs_laboratory/covid19/en/). Los datos de la vigilancia sindrómica centinela y de las pruebas de laboratorio para la detección de la gripe y el SARS-CoV-2 (número de muestras analizadas y número de ellas positivas) identificados en los centros del SMVRG se deben comunicar a la OMS por medio de las actuales plataformas de notificación y ateniéndose a los formatos y las frecuencias vigentes, tanto a través del SMVRG como del sistema de notificación de datos agregados de la COVID-19 (como se ha descrito anteriormente). Se ofrece más información sobre las notificaciones al SMVRG en [Aspectos prácticos del uso del SMVRG para la vigilancia de la COVID-19](#).

Referencias seleccionadas

1. Guan WJ, Ni ZY, Hu Y, Liang WH, et al. China Medical Treatment Expert Group for Covid-19. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. *N Engl J Med*. 2020 Apr 30;382(18):1708-1720. doi: 10.1056/NEJMoa2002032. Epub 2020 Feb 28. PMID: 32109013; PMCID: PMC7092819.
2. Menni C, Valdes AM, Freidin MB, et al. Real-time tracking of self-reported symptoms to predict potential COVID-19. *Nat Med*. 2020 Jul;26(7):1037-1040. doi: 10.1038/s41591-020-0916-2. Epub 2020 May 11. PMID: 32393804.
3. Spinato G, Fabbris C, Polesel J, et al. Alterations in Smell or Taste in Mildly Symptomatic Outpatients With SARS-CoV-2 Infection. *JAMA*. 2020 Apr 22;323(20):2089–90. doi:10.1001/jama.2020.6771. Epub ahead of print. PMID: 32320008; PMCID: PMC7177631.
4. Tostmann A, Bradley J, Bousema T, et al. Strong associations and moderate predictive value of early symptoms for SARS-CoV-2 test positivity among healthcare workers, the Netherlands, March 2020. *Euro Surveill*. 2020 Apr;25(16):2000508. doi:10.2807/1560-7917.ES.2020.25.16.2000508. PMID: 32347200; PMCID: PMC7189649.
5. Struyf T, Deeks JJ, Dinnes J, et al. Cochrane COVID-19 Diagnostic Test Accuracy Group. Signs and symptoms to determine if a patient presenting in primary care or hospital outpatient settings has COVID-19 disease. *Cochrane Database Syst Rev*. 2020 Jul 7;7:CD013665. doi: 10.1002/14651858.CD013665. PMID: 32633856.
6. Manna S, Wruble J, Maron S, et al. COVID-19: a multimodality review of radiologic techniques, clinical utility, and imaging features. *Radio Cardiothoracic Imaging*. 1 de junio de 2020; 2(3): <https://pubs.rsna.org/doi/10.1148/ryct.2020200210>.

La OMS seguirá vigilando estrechamente la situación con miras a detectar cambios que puedan influir en estas orientaciones provisionales. Si cualquier factor llegase a cambiar, la OMS publicará la puesta al día necesaria. De no ser así, las presentes orientaciones provisionales seguirán vigentes por dos años contados a partir de su publicación.

© Organización Mundial de la Salud 2020. Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia [CC BY-NC-SA 3.0 IGO](#).

WHO reference number: [WHO/2019-nCoV/SurveillanceGuidance/2020.8](#)