Servicio Murciano de Salud

Región de Murcia
Consejería de Salud
Dirección General de Salud Pública y Adicciones

RED CENTINELA SANITARIA
COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA

Red Centinela Sanitaria de la Región de Murcia

Protocolo de Vigilancia Centinela de las Infecciones Respiratorias Agudas en Atención Primaria. Región de Murcia

Temporada 2026-2027

Fecha de actualización: 21 de octubre de 2026.

Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.
Subdirección General de Atención Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitarias del 061. Servicio Murciano de Salud.

Contenido

1. INTRODUCCIÓN 3

Tabla 1. Códigos CIAP correspondientes con episodios respiratorios agudos en OMI-AP 4

2. OBJETIVOS 4

3. METODOLOGÍA DE LA VIGILANCIA CENTINELA MEDIANTE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA 5

3.1. INTEGRANTES EN LA RED CENTINELA 5

3.2. PERIODO DE VIGILANCIA 6

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO. SELECCIÓN DE MÉDICOS/AS CENTINELA 6

3.4. SELECCIÓN DE PACIENTES Y DE MUESTRAS 7

3.5. RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MUESTRA 9

3.6. FLUJO DE INFORMACIÓN 12

3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES DE EVALUACIÓN 14

3.8. CONTACTO EN CASO DE DUDAS O SUGERENCIAS 14

Responsables y coordinadores de la Vigilancia Centinela de la Infecciones Respiratorias Agudas en Atención Primaria en la Región de Murcia:

- MªÁngel Valcárcel y Blanca Andreu. Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones. Consejería de Salud.
- Alfonso Sáez. Subdirección de Atención Primaria y Urgencias y Emergencias Sanitaria del 061. Servicio Murciano de Salud.

1. INTRODUCCIÓN

Las infecciones respiratorias agudas (IRA) constituyen uno de los principales motivos de consulta en Atención Primaria (AP) y el primero en menores de 14 años. Aunque en la mayoría de los casos producen cuadros leves, conllevan una elevada morbimortalidad y un impacto relevante tanto en el sistema sanitario, como en la comunidad (bajas laborales, absentismo escolar, impacto funcional y en la calidad de vida, etc.). Además, algunos subtipos del virus de la gripe, el SARS-CoV-2, el VRS y otros eventuales virus respiratorios emergentes cuentan con potencial epidémico o pandémico. Por ello, es necesario diseñar sistemas de vigilancia sólidos que permitan disponer de información sobre cambios en la incidencia y las características clínicas, epidemiológicas y microbiológicas de los virus circulantes para poder anticipar las medidas necesarias para su control y atención adecuada.

La emergencia de la COVID-19 a nivel mundial, así como las consecuencias derivadas de las medidas de salud pública requeridas para su control, supusieron un cambio en el comportamiento estacional de los virus respiratorios y plantearon complejos desafíos a los sistemas de vigilancia existentes. Para responder a ellos, se implementó en nuestro país un nuevo Sistema de Vigilancia de Infección Respiratoria Aguda (SiVIRA), con carácter centinela, siguiendo las recomendaciones del Centro Europeo para el Control de Enfermedades (ECDC) y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Este sistema integrado de vigilancia respiratoria comenzó a funcionar en octubre de 2020 y se fue consolidando progresivamente tanto a nivel nacional como en las diferentes Comunidades Autónomas. Este sistema incluye la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria abordada en este protocolo. La Región de Murcia participa en la vigilancia de la infección respiratoria aguda en Atención Primaria desde la temporada 2021-2022. Este protocolo está basado en el Protocolo Vigilancia de IRAs en España. Temporada 2026-27 elaborado por SiVIRA a nivel nacional actualizado el 29 de septiembre de 2026.

SiVIRA tiene como objetivo la vigilancia de las infecciones respiratorias agudas, monitorizando su evolución, identificando patrones inesperados que puedan servir como señal de alerta, así como la vigilancia específica de las epidemias de gripe, COVID-19 e infección por virus respiratorio sincitial (VRS) tanto en Atención Primaria como a nivel hospitalario, y, además, contribuir a la implementación de medidas de prevención y control de estas infecciones respiratorias y a la evaluación de su efectividad.

La vigilancia de la infección respiratoria aguda tiene dos componentes:

A) Un componente sindrómico, basado en el recuento del número de episodios semanales de IRA que consultan en cualquiera de los centros de salud o consultorios del Servicio Murciano de Salud y registrados en OMI-AP.

Se incluyen los episodios de infección respiratoria aguda recogidos en OMI-AP con una serie de códigos CIAP (Clasificación Internacional de Atención Primaria) que se han consensuado a nivel nacional. Los códigos CIAP seleccionados se presentan en la tabla 1.

No se consideran nuevos episodios de IRA los registrados en los 10 días posteriores a un episodio de IRA anterior.

Con la información obtenida mediante el componente sindrómico se estiman las incidencias acumuladas semanales de casos de infecciones respiratorias agudas globales y según código CIAP por sexo, grupos de edad y áreas de salud.

Tabla 1. Códigos CIAP correspondientes con episodios respiratorios agudos en OMI-AP seleccionados para la vigilancia sindrómica.

Categorías	Código CIAP	Descripción	Diagnósticos descriptivos que incluye el código CIAP
COVID-19	A77	Otras enfermedades virales no especificadas	
	A77.01	Infección debida a coronavirus no especificada	
Infección Respiratoria Aguda	R74	Infección respiratoria aguda del tracto superior	Resfriado común, catarro, coriza Rinitis infecciosa aguda Rinofaringitis aguda, nasofaringitis Catarro alto Faringitis aguda Adenoiditis aguda Laringofaringitis aguda Infección Respiratoria Alta (Ira) Infección respiratoria aguda del tracto superior
	R76	Amigdalitis aguda	Otra amigdalitis aguda, anginas Otra faringoamigdalitis aguda
	R72	Faringitis/amigdalitis estreptocócica	Faringitis/amigdalitis estreptocócica
	R77	Laringitis/traqueítis aguda	Laringitis aguda Laringitis/Traqueítis aguda Traqueítis aguda Laringotraqueítis aguda Crup Laringeo
	R78	Bronquitis, bronquiolitis aguda, IRA de tracto inferior, infección pulmonar aguda.	Bronquiolitis aguda Traqueobronquitis aguda Laringotraqueobronquitis aguda Bronquitis aguda Infección respiratoria baja tracto inferior, Aguda NE Infección pulmonar aguda NE Bronquitis NE
Gripe	R80	Gripe	Gripe / Síndrome Gripal, Influenza Gripe demostrada serológicamente, Influenza
Neumonía	R81	Neumonía	Neumonía bacteriana/viral, bronconeumonía, neumonía gripal, enfermedad de los legionarios, neumonitis
	R81.01	Neumonía bacteriana	
	R81.02	Neumonía viral	

B) Un componente de selección sistemática. Esta vigilancia se realiza en nuestra comunidad autónoma mediante la Red Centinela Sanitaria de la Región de Murcia (a partir de ahora, Red Centinela) y se basa en la inclusión aleatoria de un determinado número de casos de cupos centinela previamente seleccionados para realizar la vigilancia sistemática.

2. OBJETIVOS

La Vigilancia de la Infección Respiratoria Aguda en Atención Primaria tiene como objetivos:

- Monitorizar la evolución de las infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria e identificar patrones inesperados que puedan servir como señal de alerta.
- Monitorizar la intensidad, expansión geográfica y el patrón de presentación temporal de las epidemias de gripe, COVID-19 y VRS.
- Describir las características epidemiológicas, clínicas e identificar grupos de riesgo de los casos de gripe, COVID-19 e infección por VRS que acuden a consultas de Atención Primaria.
- Establecer umbrales epidémicos y niveles de intensidad que sirvan de referencia para

evaluar la transmisibilidad de la gripe en cada temporada.

- Identificar y monitorizar la circulación de los diferentes tipos, subtipos y variantes genéticas identificadas de gripe, SARS-CoV-2 y VRS, mediante su caracterización genética y antigénica.
- Contribuir a la evaluación de la efectividad de las medidas de control y prevención de estas infecciones respiratorias.
- Estimar la efectividad y el impacto de la vacunación frente a la COVID-19, la gripe y el VRS, así como la inmunización de VRS.
- Estimar la carga de la enfermedad de los virus respiratorios vigilados, de forma que puedan guiar la toma de decisiones para planificar las intervenciones de salud pública y priorizar recursos en el Sistema Nacional de Salud.

3. METODOLOGÍA DE LA VIGILANCIA CENTINELA MEDIANTE LA RED CENTINELA SANITARIA DE LA REGIÓN DE MURCIA

3.1. INTEGRANTES EN LA RED CENTINELA

- Profesionales Sanitarios Centinela de Atención Primaria:

Los equipos centinela de Atención Primaria de la Red Centinela Sanitaria de la Región de Murcia constituyen la figura clave para la vigilancia sistemática de las infecciones respiratorias agudas en Atención Primaria.

Son 50 Médicas/os de Medicina Familiar y Comunitaria, 18 Pediatras y 62 Enfermeras/os del SMS. Los/as médicos/as y enfermeros/as centinela conforman el "Equipo Centinela" de los Equipos de Atención Primaria (EAP). Colaboran de forma voluntaria y las tareas desarrolladas se encuentran integradas en su actividad habitual.

- Gestión y Coordinación:

  - Servicio de Epidemiología. Dirección General de Salud Pública y Adicciones (DGSPyA). Consejería de Salud. Región de Murcia.
  - Subdirección General de Atención Primaria, Emergencias y Urgencias del 061. Servicio Murciano de Salud (SMS).

- Laboratorio de Virología del Servicio de Microbiología. Hospital General Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA). SMS.

- Servicios de Microbiología de los hospitales de referencia de cada Área de Salud: Hospital General Universitario Santa Lucía (Área II), Hospital Rafael Méndez (Área III), Hospital Comarcal del Noroeste (Área IV), Hospital Virgen del Castillo (Área V), Hospital General Universitario Morales Meseguer (Área VI), Hospital General Universitario Reina Sofía (Área VII), Hospital General Universitario Los Arcos del Mar Menor (Área VIII) y Hospital de la Vega Lorenzo Guirao (Área IX). SMS.

- Subdirección General de Tecnologías de la Información. SMS.

- Servicio de Gestión en Informática. Dirección General de Informática y Transformación Digital. Consejería de Economía, Hacienda y Administración Digital. Región de Murcia.

- Programa de vacunaciones del Servicio de Prevención y Protección de la Salud. DGSPyA. Consejería de Salud. Región de Murcia.

3.2. PERIODO DE VIGILANCIA

La vigilancia de la IRA, tanto para el componente sindrómico como para el componente de selección sistemático centinela, se mantiene activa durante todo el año. La temporada 2026-2027 comienza la semana 40 del año 2026 (del 28 de septiembre al 4 de octubre de 2026) y finaliza la semana 39 del año 2027 (del 27 de septiembre al 3 de octubre de 2027).

3.3. POBLACIÓN DE ESTUDIO. SELECCIÓN DE MÉDICOS/AS CENTINELA

3.3.1. Población vigilada

La población de estudio incluye exclusivamente aquella atendida en el SMS, y no en entidades privadas. El 99,6% de la población de la Región tiene como proveedor de salud el SMS, del que forman parte en Atención Primaria 257 cupos de pediatría –PED– y 1014 cupos de médicos/as de familia –MFC– (datos del SMS de noviembre de 2024, y del padrón municipal de habitantes de julio de 2024).

La población cubierta es la población de referencia de todos los cupos incluidos en la Red Centinela. La población vigilada semanalmente es aquella que incluye los cupos de médicos/as centinela activos en la Red esa semana. Se excluyen de la población vigilada los cupos de médico/as centinela ausentes por enfermedad, vacaciones o cualquier otro motivo.

La población bajo vigilancia debe ser representativa de la Región de Murcia, por lo que se precisa una cobertura de al menos el 5% de la población total, distribuida según la población de cada área de salud en cuanto a edad, sexo y ámbito territorial (rural/urbano).

3.3.2. Selección de médicos/as centinela

La selección de cupos y médicos/as centinela se realiza según los siguientes criterios: distribución en dos estratos de profesionales (MFC y PED), nueve estratos por las 9 Áreas de salud y, dentro de cada una de ellas, dos estratos por grado de dispersión (según clasificación del SMS), agrupando los grados 1 y 2 por un lado y 3 y 4 por otro.

Según el tamaño medio de los cupos, se ha estimado que se deben seleccionar 18 pediatras para alcanzar una cobertura estimada del 5% de la población de la Región de Murcia en las edades consideradas: uno en las áreas 4, 5 y 9, dos en las áreas 3, 7 y 8 (uno por grado de dispersión), y tres en las áreas 1, 2 y 6 (dos de grado de dispersión 1 y 2, y uno de grado de dispersión 3 y 4). Para la población adulta se deben seleccionar 50 MFC, que se estratifican por área y grado de dispersión. Se ha calculado la pirámide poblacional por edad y sexo de cada área de salud de la Región y de cada uno de los cupos de MFC de Atención Primaria. Se elabora un listado de los cupos de MFC por área y grado de dispersión ordenándolos por grado de similitud de su distribución por edad y sexo con la de la población de su área de salud. El grado de similitud se establece mediante el método de minimización del cuadrado de la diferencia de los porcentajes de cada franja de edad y sexo. A partir de ahí se invita a participar a los/as profesionales (teniendo en cuenta que en cada EAP sólo debe haber idealmente uno como máximo de cada categoría profesional).

Las/os profesionales de enfermería centinela son seleccionados en los propios centros de salud que participan en la Red Centinela tras la elección de los cupos y médicos/as centinela, según la factibilidad e idoneidad por el funcionamiento interno del propio centro.

Los profesionales participantes en la Red Centinela colaboran de forma voluntaria. Se compensa, tanto a los/as facultativos/as como a los/as profesionales de enfermería que participen activamente en sus funciones durante toda la temporada con 2 días extra de libre disposición.

3.3.3. Altas y bajas de profesionales centinela

Cuando por diferentes motivos (bajas, traslados, motivos personales, cambios de cupo…), alguno de los profesionales que forman parte de la Red no pudiera continuar realizando la vigilancia del cupo seleccionado, debe **comunicarlo lo antes posible** a la coordinación de la Red Centinela de la Dirección General de Salud Pública. Los datos de contacto aparecen en el apartado 3.8.

3.4. SELECCIÓN DE PACIENTES Y DE MUESTRAS

En cada uno de los cupos centinela incluido se establece un día centinela y será siempre el mismo día de la semana (especificado para cada área de salud: martes o miércoles, Tabla 2). Durante ese día, se **seleccionan un mínimo de 3 y un máximo de 5 pacientes** de ese cupo que acuden por una infección respiratoria aguda.

La toma de muestra y recogida completa de información se realiza en una muestra aleatoria de pacientes que cumplen el siguiente criterio:

- **Primeros pacientes que acuden a la consulta** del médico/a centinela con síntomas compatibles con la definición de IRA, según la definición de IRA de la OMS[1] y del ECDC[2]:

Definición de caso de IRA

1. Aparición (o exacerbación aguda en personas con condiciones respiratorias 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

2. 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.

[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://eurlex.europa.eu/eli/dec_impl/2018/945/oj/en

Los/las pacientes seleccionados/as pueden ser personas de cualquier edad que sean atendidas por el médico/a centinela o sus residentes, ya sea en urgencias o consulta programada, y que **pertenezcan al cupo del médico/a centinela.** Se seleccionarán **los primeros pacientes** que acudan a la consulta en el día centinela y cumplan el criterio de caso.

El/la médico/a centinela asignará el código CIAP que considere, según su criterio clínico. No es

necesario que los/as pacientes seleccionados/as tengan alguno de los códigos CIAP establecidos para la vigilancia sindrómica.

En los casos incluidos se realiza un breve **cuestionario** que recoge información epidemiológica, clínica y sobre factores de riesgo y se toma para todos los casos una **muestra** para el diagnóstico de laboratorio mediante PCR para detectar el virus de la gripe, SARS-CoV-2 y VRS. Es importante que **cada paciente** tenga tanto el **cuestionario cumplimentado** como **la muestra**.

Tabla 2.- Días de selección de pacientes/recogida de muestras y su traslado en cada área de salud.

Área de Salud	**Laboratorios**		**Centro de salud**	
	Laboratorio de referencia	Traslado de muestras a H.U. Virgen Arrixaca	Días de traslado muestras	Días de recogida de muestras
I, VI , VII y IX	H. Virgen Arrixaca (HCUVA)	Todos los días	------	Martes o Miércoles
II	H. Santa Lucia	Todos los días	Jueves	Miércoles
III	H. R. Méndez	Todos los días	Miércoles	Martes
IV	H. Noroeste	Martes, jueves y viernes	Jueves	Miércoles
V	H. Virgen del Castillo Yecla	Lunes, miércoles y viernes	Miércoles	Martes
VIII	H. Los Arcos	Miércoles y jueves	Miércoles	Martes

3.5. RECOGIDA DE DATOS Y TOMA DE MUESTRA

Una vez seleccionado/a el/la paciente, el/la médico/a centinela recoge la información epidemiológica requerida en el protocolo centinela de OMI-AP, y solicita la petición de toma de muestra de exudado nasofaríngeo para PCR de gripe, VRS y SARS-CoV-2 (petición "Red Centinela"). Se podrán realizar adicionalmente tests rápidos de detección de antígenos para cualquiera de los tres virus cuando esté indicado por criterios clínicos.

El personal de enfermería de la Red Centinela realiza la toma de muestra, todas las tareas relacionadas con su registro (similar al de cualquier muestra), y su manejo hasta la recogida por el transporte hasta el hospital de referencia, desde donde se deriva al laboratorio del HCUVA.

No deben transcurrir más de 48 horas entre la toma de muestra y el envío al laboratorio. Las muestras se conservarán en la nevera (4º C) hasta su envío.

3.5.1. Creación de episodio y Protocolo centinela OMI-AP

Siempre se **debe crear un episodio nuevo** en la fecha en que el/la paciente consulta por el proceso actual, ya que se trata de cuadros agudos. Para la asignación de la semana del caso, se utilizará preferentemente la fecha de consulta, o fechas asimilables como registro del caso.

Se accede a Protocolo OMI-AP, ver **Figura 1.**

El protocolo centinela (Figura 2) es un cuestionario breve con algunas preguntas mínimas necesarias (obligatorias, marcadas con asterisco rojo) y otras que también se recomienda responder para que la información recogida sea lo más completa posible para su análisis y posterior envío de datos al Centro Nacional de Epidemiología (CNE), mediante la plataforma SiVIRA. Incluye información sobre síntomas y signos clínicos, presencia de factores de riesgo y toma de muestra. Hay una pestaña adicional para cumplimentar solo en menores de 2 años sobre factores de riesgo específicos en esta población (Figura 3).

Los protocolos cumplimentados **solo se podrán modificar en un plazo máximo de 3 días.**

Figura 1. Acceso al "Protocolo Red Centinela 2026-27" en OMI-AP.

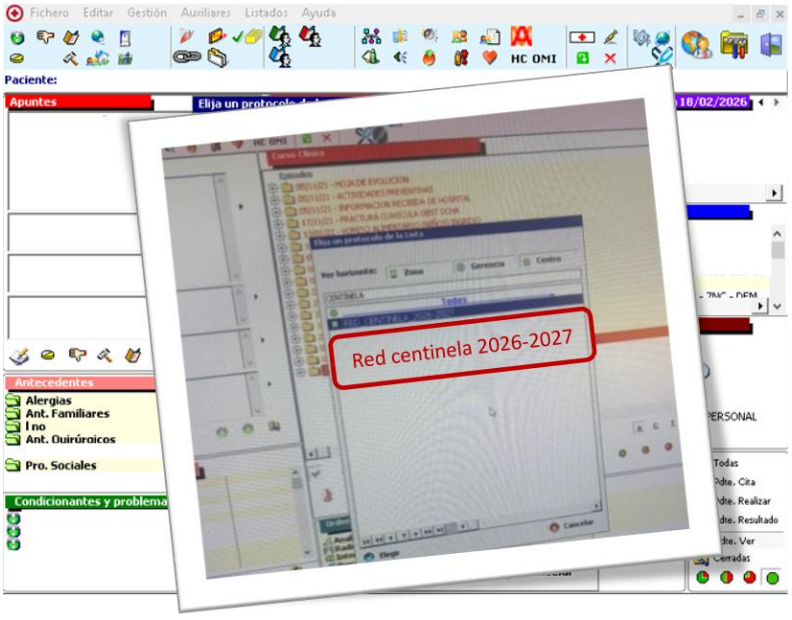


Figura 2. Imagen del cuestionario centinela de OMI-AP.

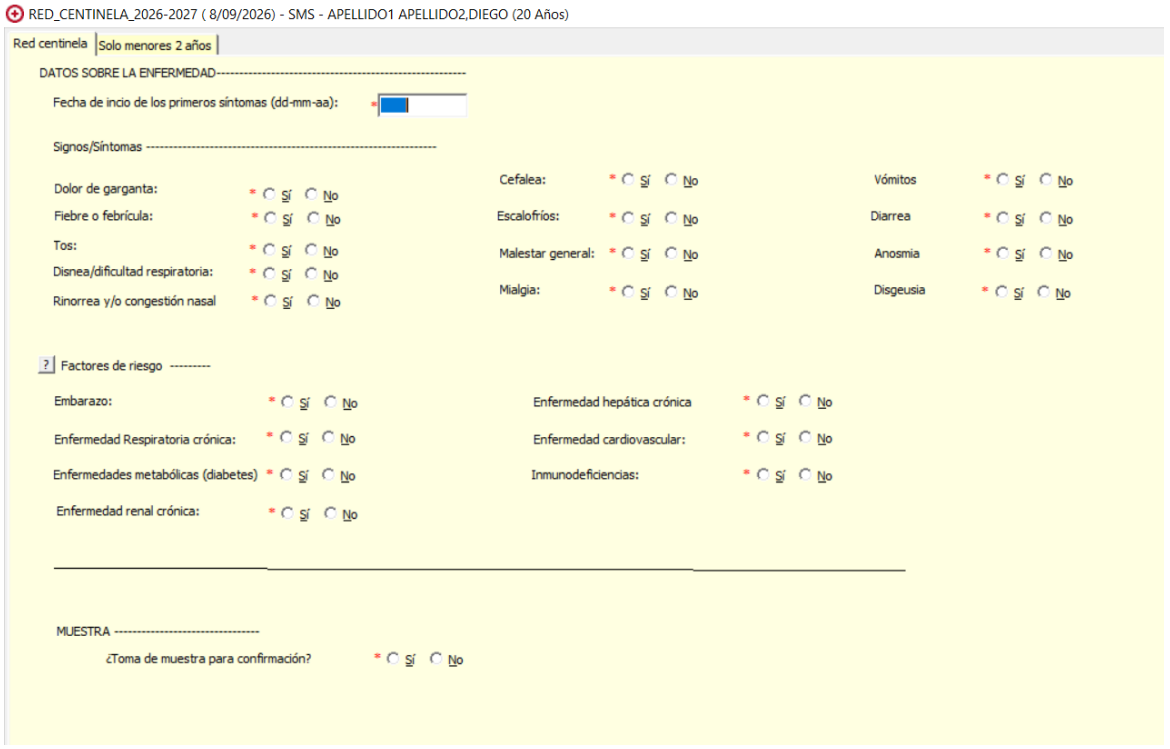


Figura 3. Pestaña adicional del cuestionario centinela que hay que cumplimentar en menores de 2 años.



3.5.2. Toma de muestra, codificación, registro en SELENE y derivación al hospital.

A **todos/as los/as pacientes** incluidos se les tomará una **muestra** para poder detectar adecuadamente los virus respiratorios bajo vigilancia. Se debe tomar una única muestra nasofaríngea. Hay que utilizar solo el escobillón más fino que viene con el tubo, el otro se desecha (ver figura 4). El tubo utiliza el medio de transporte Copan. Desde el centro de salud, se solicita al responsable del suministro de material del laboratorio del área de salud correspondiente, con el siguiente código sap **13053175** y referencia 321 C. El procedimiento a seguir es el siguiente:

1º. El médico/a centinela realizará la petición/solicitud “Red centinela”, “Perfil Red Centinela” (OMI-AP), Figura 5.

2º. El enfermero/a centinela gestiona la toma de muestra, su codificación y registro (tarea

de extracción) en SELENE el mismo día de la toma de muestra. Es importante registrar la muestra en SELENE para su correcto procesamiento.

3º. La muestra se remitirá en triple contenedor, junto a la petición, al laboratorio del área de referencia, utilizando el transporte habitual de muestras. Hasta su envío debe permanecer en frigorífico a 4ºC.

4º. Transporte desde cada hospital del área de referencia o directamente desde el centro de salud (ver tabla 2) al laboratorio de Microbiología del Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca (HCUVA).

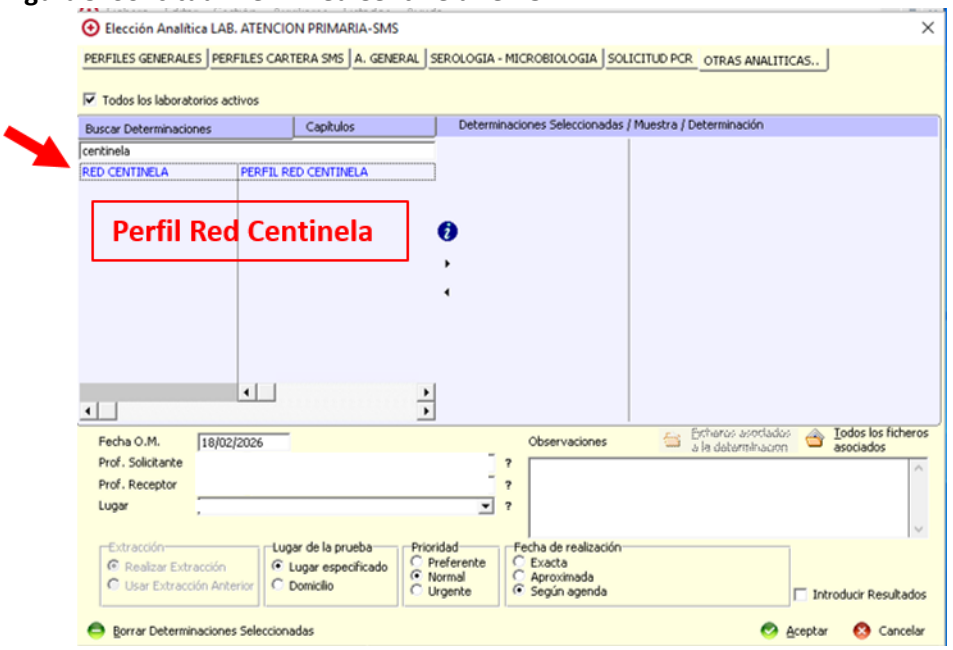
5º. En el laboratorio de Microbiología de HCUVA se realizará RT-PCR de SARS-CoV-2, gripe y VRS. Además, en las muestras positivas se realizará el subtipado de gripe y VRS y se realiza secuenciación de SARS- CoV-2, según corresponda. La misma muestra se utilizará para el análisis de los tres virus.

Figura 4. Tubo para la toma de muestra nasofaríngea con el escobillón fino.



El diagnóstico para SARS-CoV-2, gripe y VRS en **pacientes centinela se realizará siempre mediante RT-PCR** en el laboratorio de Microbiología de HCUVA. El resultado de la muestra centinela podrá ser consultado de la forma habitual.

Figura 5. Solicitud "Perfil Red Centinela" en OMI-AP.



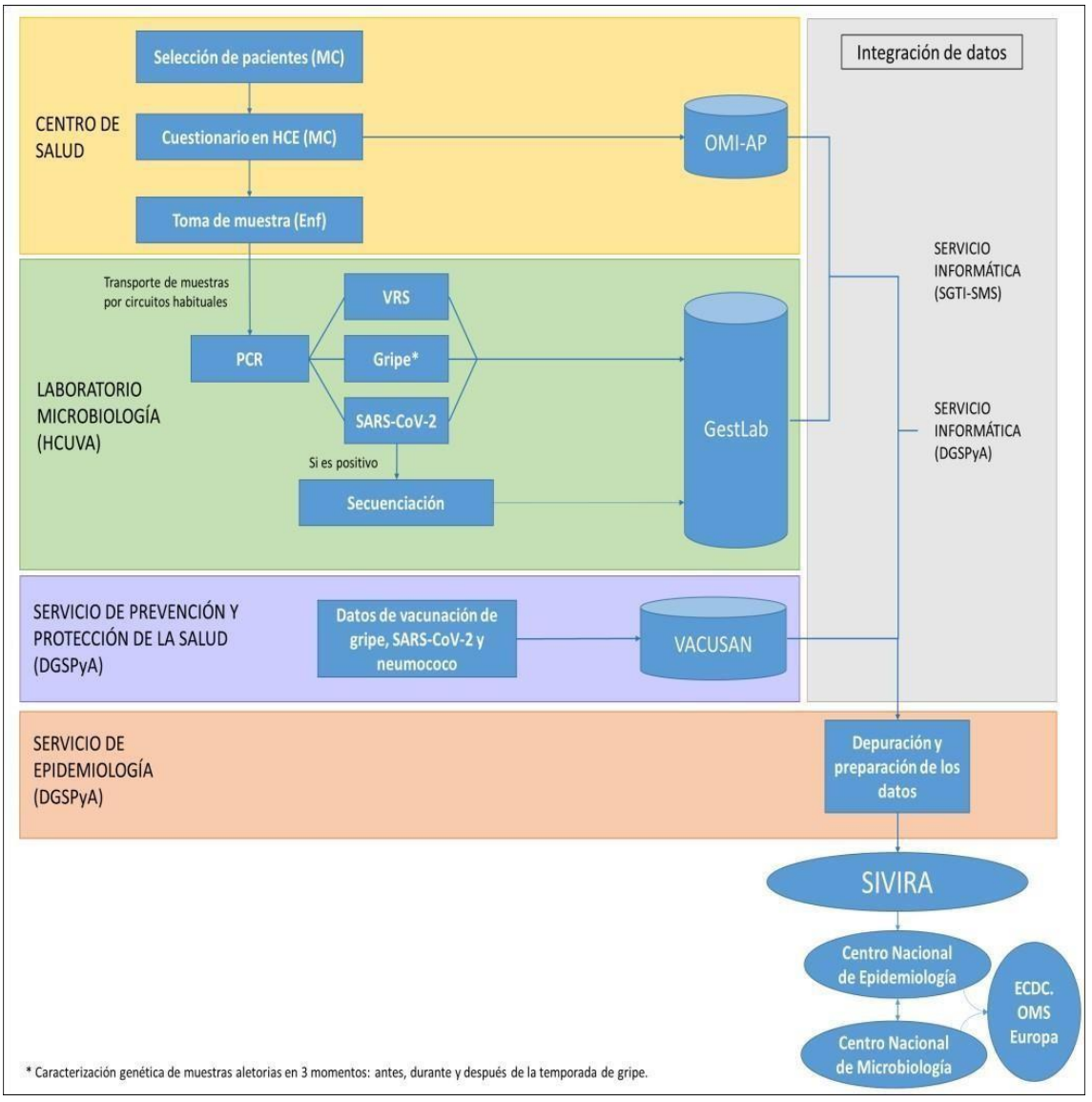
3.6. FLUJO DE INFORMACIÓN

La Subdirección General de Tecnologías de la Información recoge la información demográfica y clínica del protocolo centinela de OMI-AP y del Laboratorio de Microbiología la información microbiológica de GestLab, y la remite al Servicio de Gestión Informática de la DGSPyA, que la integra con los datos de estado vacunal y de inmunización de los pacientes seleccionados que figuran en el registro regional de vacunas (VACUSAN).

En el Servicio de Epidemiología de la DGSPyA los datos integrados se descargarán cada lunes y martes siguientes a la semana epidemiológica que se declara. Se realizará la depuración y análisis de los datos. Además, se enviarán los datos solicitados al CNE a través de la plataforma SiVIRA.

La información sobre si el médico/a declarante está activo en la Red Centinela esa semana, necesaria para el cálculo de la incidencia, será obtenida a través de su entrada en OMI-AP.

Figura 6. Flujo de información desde el Equipo de Atención Primaria (EAP) al Centro Nacional de Epidemiología, Centro Nacional de Microbiología, ECDC y OMS.



3.7. ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN E INDICADORES DE EVALUACIÓN

En el Servicio de Epidemiología de la DGSPyA se realiza la depuración de los datos semanales recibidos, tanto epidemiológicos como microbiológicos y de estado vacunal. Posteriormente, se envía la información requerida al Centro Nacional de Epidemiología y al Centro Nacional de Microbiología, del Instituto de Salud Carlos III, a través de la plataforma SiVIRA, para su análisis a nivel nacional. A la vez, se realiza un análisis a nivel regional y se publica un informe semanal en la página web del Servicio de Epidemiología. Puede consultarse en: Informe epidemiológico. Temporada 2026-2027 (semana actual)

El componente sindrómico junto al componente sistemático de la vigilancia de la infección respiratoria aguda permite construir los siguientes **indicadores**:

- Incidencia acumulada semanal de casos de IRA por sexo y grupos de edad, a nivel regional
- Porcentaje de positividad semanal a SARS-CoV-2, gripe y VRS, a nivel regional
- Incidencia acumulada semanal de COVID-19, gripe y VRS por sexo y grupo de edad, a nivel regional
- Proporción de síntomas y signos clínicos, y de factores de riesgo de los casos de COVID-19, gripe y VRS atendidos en consultas centinela de Atención Primaria
- Proporción de casos de COVID-19 o gripe vacunados adecuadamente
- Proporción de casos de VRS inmunizados
- Proporción de las diferentes variantes genéticas (o aparición de variantes nuevas) entre los casos de COVID-19 o gripe atendidos en consultas de Atención Primaria

3.8. CONTACTO EN CASO DE DUDAS O SUGERENCIAS

Contactar con los siguientes profesionales del Servicio de Epidemiología y del SMS:

Nombre	Institución	Teléfono	Correo electrónico
MªÁngel Valcárcel de Laiglesia	Servicio de Epidemiología. Dirección General Salud Pública	968366126	redcentinela@carm.es mariaa.valcarcel@carm.es blanca.andreu@carm.es
Blanca Andreu Ivorra			
Alfonso Sáez Yaguas	Dirección General de Atención Primaria. Servicio Murciano Salud	968288335	alfonso.saez@carm.es

ANEXO 1. Profesionales centinela por Área de Salud Región de Murcia

