

FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

PROTOCOLO PARA LA VIGILANCIA

EN LA COMUNITAT VALENCIANA

ÍNDICE

1.- DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	3
2.- VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	4
3.- MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	5
4.- BIBLIOGRAFIA	6
Anexo I (Recogida y envío de muestras)	10
Anexo II (Encuesta epidemiológica).....	12

1.- DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD.-

Introducción

La fiebre por el virus West Nile (traducido en ocasiones como Virus del Nilo Occidental, VNO) es una enfermedad infecciosa transmitida por picadura de mosquitos. Este virus fue aislado por primera vez en 1937 en el distrito West Nile de Uganda, y entre los años 50 y 80, fue aislado de mosquitos, aves y mamíferos en distintos países de Europa, África, Australia e India, produciendo casos sintomáticos en humanos de forma esporádica. Sin embargo, en los últimos años, ha surgido en forma de brotes y epidemias con una importante proporción de casos graves en regiones templadas de Europa y América del Norte, convirtiéndose en una amenaza de salud pública, humana y animal.

La mayoría de las infecciones en los seres humanos (aproximadamente el 80%) son asintomáticas. Menos del 1% de los casos infectados enferman gravemente con afectación neurológica (meningitis/encefalitis/parálisis flácida). La encefalitis es más frecuente que la meningitis. La parálisis flácida se ha identificado como una presentación clínica relativamente frecuente en personas jóvenes sanas. Puede haber también afectación digestiva. Se han descrito también, aunque con poca frecuencia, miocarditis, pancreatitis y hepatitis fulminante. Estas complicaciones pueden ser mortales (aproximadamente en un 10% de las formas neurológicas) y son más frecuentes en los mayores de 50 años de edad y en las personas que han recibido un transplante de órgano.

No hay vacunas para uso en humanos ni medicamentos antivirales específicos. El tratamiento es sintomático y de apoyo.

En España, en el mes de septiembre de 2010, el Ministerio de Medio Ambiente, Medio Rural y Marino notificó la detección del virus en varias explotaciones de équidos de Cádiz, Sevilla y Málaga. Posteriormente, se detectaron dos casos humanos asociados a este brote. Estos brotes en équidos y humanos han puesto de manifiesto la circulación del virus en España a partir de 2010. Con anterioridad sólo se había detectado un caso humano de forma retrospectiva en el año 2004, aunque había evidencias de su circulación mantenida en aves.

La OMS considera la Fiebre por VNO como re-emergente en Europa desde 1996 y emergente en EEUU y en otros países americanos desde 1999, por lo que según el Reglamento Sanitario Internacional (2005) se considera su notificación a la OMS como *“evento que puede tener repercusiones de salud pública graves, es inusual o inesperado y se puede propagar internacionalmente con rapidez”*.

Agente

El virus West Nile es un virus transmitido por mosquitos perteneciente al género *Flavivirus*, familia *Flaviviridae*.

Los brotes recientes en Europa se han asociado a dos diferentes linajes del virus:

- **El linaje 1** está distribuido ampliamente en Europa, África, Oriente Medio, India, Australia y América.
- **El linaje 2** se ha aislado en África Subsahariana y Madagascar y, recientemente, se ha detectado en Austria, Hungría, Grecia y Rusia.

Actualmente se considera que ambos linajes tienen similares características de patogenicidad en los humanos.

Reservorio

1.- Es una zoonosis con un ciclo biológico complejo que envuelve a un huésped vertebrado reservorio primario (aves) y un vector (mosquito), que se amplifica a través de la constante transmisión entre el mosquito vector y las aves.

2.- Se han identificado hasta 40 especies de mosquitos capaces de actuar como vectores, principalmente del género *Culex*, algunas de cuyas especies están ampliamente difundidas en la Península Ibérica.

3.- El ser humano y otros mamíferos, como los caballos, son huéspedes accidentales que no contribuyen a la perpetuación del ciclo.

Modo de transmisión

1.- En las personas, la vía de transmisión más frecuente es la picadura de un mosquito infectado.

2.- Se han descrito otros mecanismos de transmisión: por transfusión o trasplante, vía transplacentaria y por exposición accidental.

3.- Se han notificado infecciones en el laboratorio.

4.- En el ser humano el pico de viremia aparece a los 4-8 días post-infección y es de corta duración, por lo que es insuficiente para contribuir al ciclo biológico. La IgM aparece cuando se resuelve la viremia y con la aparición de los síntomas.

Periodo de incubación

Se sitúa entre 2 y 14 días.

Susceptibilidad

La susceptibilidad en zonas donde no ha circulado el virus es universal. **La infección confiere inmunidad duradera.**

Aunque se dan reacciones cruzadas entre los flavivirus no hay protección entre ellos.

2.- VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD.-

Objetivos

1. Detección precoz y descripción de los casos en humanos en aquellas zonas de España en las que se haya identificado con anterioridad una circulación del virus con el fin de establecer las medidas de prevención y control.
2. Identificación del territorio epidémico para adoptar las medidas de control adecuadas.

Definición de caso

1.- **Criterio clínico.** Persona con fiebre > 38,5° C y al menos uno de los signos siguientes:

- Encefalitis
- Meningitis
- Parálisis flácida aguda
- Síndrome de Guillain-Barré

2.- **Criterio de laboratorio:**

a) Criterios de caso **confirmado**. Al menos uno de los cuatro siguientes:

- Aislamiento del virus en sangre o LCR
- Detección de ácido nucleico viral en sangre o LCR
- Respuesta específica de anticuerpos (IgM) en LCR
- Valores elevados en suero de anticuerpos IgM específicos JUNTO CON detección de anticuerpos específicos IgG, Y confirmación por neutralización

b) Criterio de **caso probable**

- Respuesta específica de anticuerpos en suero.

“Los resultados de laboratorio se interpretarán según el estado vacunal frente a flavivirus: virus de la encefalitis japonesa, fiebre amarilla y encefalitis transmitida por garrapatas”

3.- Criterio epidemiológico:

Haber residido o viajado por zonas, en las cuales se haya detectado circulación del virus y casos confirmados en humanos.

Clasificación de los casos

1.- Caso sospechoso: No procede.

2.- Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos JUNTO CON el criterio de laboratorio de caso probable.

3.- Caso confirmado: Persona que satisface los criterios analíticos de confirmación de caso.

Caso importado: Persona que satisfaga los criterios de laboratorio de confirmación y haya estado en el extranjero en una zona endémica o en la que se haya detectado circulación del virus, al menos 15 días antes del inicio de los síntomas.

Definición de brote: Dos o mas casos relacionados epidemiológicamente.

MODO DE VIGILANCIA

La fiebre por el virus West Nile es una enfermedad sometida a vigilancia que lleva asociada la notificación de los casos y la cumplimentación de la encuesta epidemiológica.

El RD 1940/2004, transposición de la Directiva 2003/99/CE, sobre la vigilancia de las zoonosis y los agentes zoonóticos, contempla la vigilancia de esta zoonosis y la integración de la información de las distintas fuentes humanas, animales y alimentarias, disponiendo la realización de un informe anual de fuentes y tendencias de las zoonosis.

Se iniciará la vigilancia epidemiológica activa en humanos cuando se detecte circulación viral en animales (aves o equinos) y/o en vectores, tal como se contempla en el “Plan de vigilancia de la Encefalitis del Oeste del Nilo en España” (Ministerio de Medio Ambiente, Rural y Marino). Este Plan contempla la vigilancia entomológica, ornitológica y equina.

El **territorio epidémico** se definirá de acuerdo con la circulación y dinámica de la infección del virus y en él se aplicarán las medidas de salud pública recomendadas.

La vigilancia en humanos consistirá en la búsqueda activa de casos con síntomas neurológicos compatibles, y sin otra etiología, en personas de cualquier edad residentes en el territorio epidémico, durante el periodo de actividad del vector (de abril a noviembre). Estos criterios se ajustarán en función de la situación epidemiológica. El circuito de información y el carácter urgente

de la notificación de la enfermedad estarán sujetos a modificaciones en función de la evolución de la enfermedad en España (incidencia de casos, patrón de presentación, etc.).

En las zonas donde ya se hayan detectado casos humanos se reactivará la vigilancia activa al inicio de cada temporada de actividad del vector.

Se recomienda la realización de estudios, que incluyan pruebas de seroconversión para detectar infección reciente y posibles casos, entre las personas que residan o trabajen en las explotaciones de animales infectados.

Puede ocurrir también que el primer indicador de circulación viral sea la detección de casos en humanos, por lo que si, en cualquier momento, un clínico o el laboratorio detectan un caso de infección por este virus, deben notificarlo de forma obligatoria y urgente a los servicios de vigilancia epidemiológica.

3.- MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA.-

Medidas preventivas

De forma amplia, la prevención de la infección en humanos está basada en evitar las picaduras de mosquitos y en aumentar la seguridad en las transfusiones y trasplantes.

En los brotes en humanos que se han producido en nuestro entorno, la vigilancia de los focos de VNO en caballos ha sido un elemento fundamental para delimitar el territorio epidémico, por lo que es imprescindible disponer de información actualizada y geo-referenciada de dichos focos.

1.- Medidas de protección individual frente a picaduras de mosquitos

- Evitar exposición a mosquitos y protegerse de picaduras
- Limpieza de criaderos de mosquitos, domésticos y peridomésticos (depósitos de aguas estancadas, albercas, tanques o cualquier recipiente al aire libre que pueda acumular agua: neumáticos).
- Realizar campañas de información a la población con la recomendación de medidas para la eliminación de focos domésticos y protección personal y de la vivienda.

2.- Manipulación de muestras de tejidos y recomendaciones postmortem

Se ha demostrado la transmisión accidental del VNO en trabajadores de laboratorio, por heridas y laceraciones producidas de forma accidental mientras manipulaban fluidos y tejidos contaminados. Por ello, se hace necesario extremar las precauciones al

realizar necropsias y manipular animales y objetos potencialmente contaminados al objeto de minimizar los riesgos de exposición.

Todas las actuaciones en estos ámbitos deberán atenerse a lo dispuesto en el Real Decreto 664/1997 de protección de los trabajadores contra los riesgos relacionados con la exposición a agentes biológicos durante el trabajo y en el Real Decreto 18-6-1982 num. 2230/1982 de desarrollo de la Ley 21 de Junio de 1980 reguladora de las autopsias clínicas.

3.- Medidas de precaución para las donaciones sanguíneas

El Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen los requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión, en su Anexo II 2 2.1.11 dice que las personas que hayan visitado zonas con transmisión de VNO “*serán excluidos como donantes durante 28 días tras abandonar una zona en la que se detectan casos de transmisión a humanos*”. Las recomendaciones del Comité Científico de Seguridad Transfusional emitidas en noviembre de 2010 a raíz del brote en España se pueden consultar en:

http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/medicinaTransfusional/acuerdos/docs/Virus_Nilo.pdf.

3.- Acciones de control de la población vectorial

Si se detecta un brote asociado a infección por el virus del Nilo Occidental, en un momento en que todavía los mosquitos están activos, podrán considerarse las medidas de control de las poblaciones de mosquitos, previa evaluación del riesgo para la salud pública, localizando los criaderos de mosquitos y/o los mosquitos adultos, según la evaluación indique.

4.- BIBLIOGRAFÍA.-

- Heymann L. El control de las enfermedades transmisibles en el hombre. 18ª Edición. Washington, Asociación Estadounidense de Salud Pública, 2008. 52-55
- ECDC. Expert consultation on West Nile virus infection. 2009
- http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_MER_Expert_consultation_on_WN_V.pdf
- Sotelo E, Fernandez-Pinero J, Llorente F, Characterization of West Nile virus isolates from Spain: New insights into the distinct West Nile virus eco-epidemiology in the Western Mediterranean. Virology 395 (2009) 289–297
- López G, Jiménez-Clavero MA, Tejedor CG, Soriguer R, Figuerola J. Prevalence of West Nile virus neutralizing antibodies in Spain is related to the behaviour of migratory birds. Vector Borne Zoonotic Dis. 2008 Oct;8(5):615-21.
- Höfle U, Blanco JM, Crespo E, Naranjo V, Jiménez-Clavero MA, Sanchez A, de la Fuente J, Gortazar C. West Nile virus in the endangered Spanish imperial eagle. Vet Microbiol. 2008 May 25; 129(1-2):171-8.
- Zeller H, Lenglet A, Van Bortel W. West Nile virus: the need to strengthen preparedness in Europe. Euro Surveill. 2010;15(34):pii=19647.
- <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19647>
- Ministerio de Medio Ambiente, Rural y Marino. Plan de vigilancia de la Encefalitis del Oeste del Nilo 2010 (West Nile) en España.
- <http://rasve.mapa.es/Publica/Programas/NORMATIVA%20Y%20PROGRAMAS/PROGRAMAS/2010/ENCEFALITIS%20DEL%20OESTE%20DEL%20NILO/PLAN%20DE%20VIGILANCIA%20WN.%202010.PDF>
- Informe de situación y evaluación del riesgo de la Fiebre por Virus del Nilo Occidental en España. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. DGSPySE. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Noviembre 2010. [Documento Interno].
- Servicio de Epidemiología y Salud Laboral. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Protocolo de vigilancia de la fiebre del Nilo Occidental humana en áreas con antecedente de brotes en equinos en Andalucía. 2010.

Anexo I
Recogida y envío de muestras

Muestras y peticiones

Tipo de muestras	Peticiones
LCR de fase aguda (tan pronto como sea posible, antes de los primeros 5 días) > 1 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Virus West Nile IgM (ELISA) • Virus West Nile (PCR-tiempo real) • Flavivirus (PCR)
Suero de fase aguda (tan pronto como sea posible, antes de los primeros 5 días) > 2,5 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Virus West Nile IgM (ELISA) • Virus West Nile IgG (ELISA) • Virus West Nile (PCR-tiempo real) • Flavivirus (PCR)
Suero de fase convaleciente (preferiblemente pasados 10 días tras el comienzo del período febril) >2,5 ml	<ul style="list-style-type: none"> • Virus West Nile IgM (ELISA) • Virus West Nile IgG (ELISA) • Virus West Nile Ac (neutralización)

Envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología

En caso de que se requiera el envío de muestras al CNM, se seguirán las siguientes normas:

Antes del envío de las muestras se contactará telefónicamente con el CNM (ver direcciones de contacto más abajo). Si las muestras no pueden enviarse en un plazo inferior a 24 horas, se mantendrán refrigeradas (<48 horas, 4 °C) o ultracongeladas (>48 horas, < -70 °C) hasta su envío.

El envío de las muestras se realizará garantizando su refrigeración y siguiendo la normativa vigente para muestras biológicas de clase B (las usuales en el envío de muestras al Centro Nacional de Microbiología).

Se utilizará la aplicación informática **GIPI**. Se seguirán las instrucciones, tanto para el envío y tipo de las muestras, como para la solicitud del estudio de brotes; todo ello de acuerdo con los permisos establecidos para los responsables de las comunidades autónomas. La dirección y teléfonos de contacto son:

Área de Orientación Diagnóstica
 Centro Nacional de Microbiología
 Instituto de Salud Carlos III
 Carretera Majadahonda-Pozuelo, km 2
 28220 Majadahonda-Madrid-ESPAÑA
 Tfo: 91 822 37 01 - 91 822 37 23- 91 822 3694
 CNM-Área de Orientación Diagnóstica cnm-od@isciii.es
 Laboratorio: Tfo: 91 822 36 32 - 918 822 34 05 - 91 822 39 54



GENERALITAT
VALENCIANA

CONSELLERIA DE SANITAT

DIRECCIÓ GENERAL DE SALUT PÚBLICA



AGÈNCIA
VALENCIANA
DE SALUT

P R O T O C O L O S E. D. O.
SERVICIO DE VIGILANCIA Y CONTROL EPIDEMIOLOGICO

Anexo II

Encuesta epidemiológica

La información contenida en esta encuesta es confidencial y su uso es estrictamente sanitario (Ley 14/1986, General de Sanidad, art. 10.3)

FIEBRE POR VIRUS DEL NILO OCCIDENTAL

DATOS DECLARANTE

Fecha de declaración del caso ___/___/___ Semana _____ Año _____
 Declarante: _____ Centro de trabajo: _____
 Teléfono: _____
 Punto de declaración _____

ASIGNACIÓN DEL CASO, referido al territorio de riesgo (sólo cumplimentar cuando difiere del punto de declaración)

Municipio: _____ ÁREA: _____

IDENTIFICACIÓN DEL CASO, datos de filiación

Nombre: _____ Primer Apellido: _____ Segundo Apellido: _____
 SIP: _____ Historia Clínica: _____
 Fecha Nacimiento: _____ Edad: _____ años [] meses [] días [] Sexo: Hombre [] Mujer []
 Domicilio: _____ Municipio: _____
 Provincia: _____ Teléfonos: _____
 Ocupación: _____ Empresa (Colegio): _____
 Sección (curso/aula): _____ Dirección empresa (Colegio) _____
 Municipio (empresa/colegio): _____ Teléfonos: _____

Paciente extranjero: Sí [] Año llegada _____ Fecha llegada ___/___/___ País nacimiento _____
 No []

Observaciones: _____

DATOS CLÍNICOS

Fecha de inicio de los primeros síntomas: ___/___/___ Fecha diagnóstica: ___/___/___

Forma clínica: Encefalitis [] Meningitis [] Otras []

(Especificar) _____

Fiebre Sí [] No [] Desconocido [] Náuseas/Vómitos Sí [] No [] Desconocido []

Exantema Sí [] No [] Desconocido [] Linfadenopatía Sí [] No [] Desconocido []

Diarrea Sí [] No [] Desconocido [] Alteración del estado mental Sí [] No [] Desconocido []

Ingreso en hospital: Sí [] No [] Desconocido [] Fecha de hospitalización: ___/___/___ Fecha de alta hospitalaria: ___/___/___

Centro _____ Servicio _____

Complicaciones: Sí [] No [] (Citar): _____ Desconocido []

Evolución: Curación [] Secuelas [] Especificar _____

Fallecimiento [] Fecha fallecimiento ___/___/___ Otra [] Especificar _____ Desconocida []

DATOS LABORATORIO

PCR (LCR) (+) [] (-) [] (NR) [] Fecha ___/___/___
 PCR (Sangre) (+) [] (-) [] (NR) [] Fecha ___/___/___
 IgM en suero (+) [] (-) [] (NR) [] Fecha ___/___/___
 IgG en suero (+) [] (-) [] (NR) [] Fecha ___/___/___

DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

TIPO DE CASO (1): Autóctono [] Importado [] País _____
 Extracomunitario [] C. Autónoma _____ Pendiente [] Desconocido []
 CASO: Pertenece a BROTE [] Caso aislado [] Agregación [] Pendiente [] Desconocido []
 IDENTIFICACIÓN DEL BROTE: _____
 TIPO DE CASO (2): Primario [] Coprimario [] Secundario [] Desconocido []
 CLASIFICACIÓN CASO: Probable [] Confirmado [] Error Diagnóstico []

ANTECEDENTES DE EXPOSICIÓN

Mosquitos Sí [] No [] Desconocido []
 Lugar _____ Desde ___/___/___ Hasta ___/___/___
 Localidad _____ Provincia _____ País _____
 Hemoderivados o trasplante de órganos Sí [] No [] Desconocido []
 Fecha de la transfusión o trasplante ___/___/___
 Centro Hospitalario _____ Provincia _____
 Observaciones _____