



PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL (WEST NILE)

Actualizado octubre 2016

Revisado 2017

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD	2
Introducción.....	2
Agente.....	3
Reservorio	3
Modo de transmisión	3
Periodo de incubación.....	4
Susceptibilidad	4
VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD	4
Objetivos.....	4
Definición de caso.....	4
Clasificación de los casos.....	5
DEFINICION DE ALERTA	5
MODO DE VIGILANCIA	6
Declaración de la enfermedad	6
Notificación de alerta por caso de EDO urgente y brote.	6
Remisión al laboratorio de referencia	6
MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA	7
Organización de recursos para intervención ante la alerta.....	7
Vigilancia en humanos tras circulación viral en animales	7
Medidas preventivas.....	7
BIBLIOGRAFÍA	10
Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL	11
Anexo II. RECOMENDACIONES DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL. Noviembre 2010. Revisado 10-07-2015	14

PROTOCOLO DE VIGILANCIA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

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, a partir de la vigilancia activa humana, implementada tras la identificación de los focos en caballos, se detectaron dos casos humanos de meningoencefalitis por VNO asociados a este brote, en residentes en las zonas afectadas de Cádiz.

En los años posteriores se detecta actividad del virus en equinos en distintas provincias: 2011 (Cádiz), 2012 (Cádiz), 2013 (Huelva y Sevilla), 2014 (Cádiz, Huelva y Sevilla), 2015 (Cádiz, Huelva y Sevilla) y 2016 (Cádiz, Huelva, Sevilla y Córdoba).

En 2016 se detectaron tres casos humanos en la provincia de Sevilla, distrito Aljarafe.

Fuera de Andalucía, en septiembre del 2014 se identificó por primera vez un foco de VNO en una explotación equina de Castilla-La Mancha (Almodóvar del Campo, Ciudad Real) y en septiembre del 2015 se notifica el primer caso de VNO en equinos en Extremadura (Don Benito, Badajoz).

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.

Los focos mantenidos a lo largo de varios años apuntan a que podría existir una circulación del VNO establecida, mantenida en un ciclo enzótico entre las aves como hospedadores y los mosquitos vectores con afección esporádica de equinos y humanos.

En las distintas temporadas, la mayoría de los focos en caballos se han detectado entre agosto y noviembre, aunque en el año 2010 se detectó un foco en diciembre y en 2012 un foco en enero, lo que pone de manifiesto que el aumento de temperaturas durante los meses de invierno pueden dar lugar a una extensión en el periodo de transmisión.

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

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. 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.

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

Modo de transmisión

En las personas, la vía de transmisión más frecuente es la picadura de un mosquito infectado, aunque se han descrito otros mecanismos de transmisión: por transfusión o trasplante, vía transplacentaria y por exposición accidental.

Se han notificado infecciones en el laboratorio.

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.

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

Criterio clínico

Persona con fiebre $> 38,5^{\circ}$ C y al menos uno de los signos siguientes:

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

Criterio de laboratorio

Se recomienda estudio en muestras de LCR, suero y orina para diagnóstico de la infección neurológica, y suero y orina para el diagnóstico de la enfermedad sin alteración neurológica.

○ 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, orina 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

○ 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.

Criterio epidemiológico

Al menos una de las dos relaciones epidemiológicas siguientes:

- Transmisión mediada por vector de animal a persona (que haya residido o viajado por zonas en las cuales se haya detectado circulación del virus, o que haya estado expuesto a picaduras de mosquitos de dichas zonas).
- Transmisión de persona a persona: transmisión vertical, por transfusión sanguínea o por trasplante.

Clasificación de los casos

Caso sospechoso: No procede.

Caso probable: Persona que satisface los criterios clínicos JUNTO CON, al menos, uno de los dos siguientes:

- Una relación epidemiológica
- Criterios de laboratorio de un caso probable

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.

DEFINICION DE ALERTA

La FNO se considera una enfermedad emergente en España, la detección de un caso se consideraría una alerta.

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, se considera alerta en Salud Pública un solo caso de esta enfermedad, por ser de declaración urgente al considerarse enfermedad emergente en nuestro ámbito, siendo además alerta un brote epidémico o cluster de casos de esta enfermedad.

La aparición de casos de FNO en equinos o en aves domésticas se considera de importancia para la vigilancia de la enfermedad en humanos, que conduce a la implantación de medidas de especial vigilancia de la enfermedad en personas residentes en el área implicada.

MODO DE VIGILANCIA

Declaración de la enfermedad

Según la Orden de 12 de noviembre de 2015, por la que se modifica la Orden de 19 de diciembre de 1996, por la que se desarrolla el sistema de vigilancia epidemiológica en la Comunidad Autónoma de Andalucía y se establece la relación de enfermedades de declaración obligatoria, se considera alerta en Salud Pública un caso de esta enfermedad por ser de declaración urgente como enfermedad emergente, así como es alerta un brote epidémico o agrupación inusual de casos de esta enfermedad.

Notificación de alerta por caso de EDO urgente y brote.

La sospecha de un caso de FNO se debe investigar y comunicar de manera urgente a SVEA.

En días laborables, en horario de 8:00 a 15:00 horas la notificación de la sospecha de caso, si la detección se produce en Atención primaria se efectuará a Epidemiología de Atención Primaria (EAP) del Distrito Sanitario o Área de Gestión Sanitaria. Si se produce en Atención Hospitalaria se realizará a Medicina Preventiva (MP). EAP o MP grabarán la ficha correspondiente en la aplicación RedAlerta con los datos disponibles, colgarán la encuesta e informarán a la Delegación Territorial, Sección de Epidemiología.

Entre las 15.00 y las 8:00 horas del día siguiente, los fines de semana y festivos, la comunicación se realizará a la EPES, utilizando el número de teléfono 902.220.061. La EPES avisará de inmediato a través del teléfono provincial de alerta a epidemiología, que grabará el caso en la aplicación RedAlerta, adjuntará la encuesta y lo comunicará al teléfono central de alertas.

En el supuesto de caso de FNO, es necesario cumplimentar la encuesta anexa y adjuntarla a la ficha de RedAlerta correspondiente de forma urgente. La declaración de alerta por brote o cluster complementa pero no sustituye la declaración individualizada de cada caso.

El Servicio de Vigilancia de la Consejería de Salud lo comunicará de forma urgente al Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (CCAES) del Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales e Igualdad y al Centro Nacional de Epidemiología.

Remisión al laboratorio de referencia

Se requiere el envío urgente de muestras (ver apartado “Definición de caso \ Criterio de laboratorio”, pág. 4) al laboratorio de referencia para virus del Hospital Virgen de las Nieves para confirmación diagnóstica de las muestras tomadas a los enfermos:

Envío de la muestras refrigeradas (2-8°C) lo más rápidamente posible (<72 horas) o congelada (evitar congelación/descongelación), si se prevé una demora mayor a 72 horas. Se utilizarán los cauces habituales para el envío. Todas las muestras deben de enviarse en tubos estériles que cumplan los requisitos de bioseguridad y con tapón a rosca. No se admiten contenedores con tapón a presión a excepción de los tubos primarios de recogida de suero (en estos casos, precintar bien el tubo).

Las muestras junto con el volante de solicitud cumplimentado se enviarán al Laboratorio de Microbiología del Hospital Virgen de las Nieves de Granada (Marcar estudio de virus

West Nile en el apartado correspondiente, en el volante de petición). Descarga del volante de solicitud para estudio de virus en:

http://www.hvn.es/servicios_asistenciales/microbiologia_-_servicio/ficheros/formulario_peticion_centro_referencia_virus.pdf

La dirección de envío de las muestras es:

Unidad de Virus
Servicio de Microbiología
Hospital Universitario Virgen de las Nieves
Av Fuerzas Armadas s/n. 18014 Granada
Tfno: 958020422 / 677906402 (736402 desde corporativos),

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos para intervención ante la alerta

La declaración de alerta implica una intervención urgente.

Tras la sospecha de alerta, el Epidemiólogo de Atención Primaria o Epidemiología en el Equipo de Alerta Provincial deben iniciar la intervención, que se detalla en el punto posterior.

Vigilancia en humanos tras circulación viral en animales

Se iniciará la vigilancia epidemiológica activa en humanos cuando se detecte circulación viral en animales (aves o equinos) y/o en vectores, por 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 área de vigilancia en humanos se definirá por parte del Servicio de Vigilancia y Salud Laboral, de acuerdo con la circulación y dinámica de la infección del virus durante cada temporada y en temporadas anteriores. La vigilancia en humanos consistirá en la búsqueda activa de casos con síntomas neurológicos compatibles y sin otra etiología, en personas de cualquier edad, durante el periodo de actividad del vector (de abril a finales de noviembre). Estos criterios se ajustarán por el Servicio de Vigilancia y Salud Laboral 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 han detectado casos humanos o focos en équidos se reactivará la vigilancia activa al inicio de cada temporada de actividad del vector.

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 SVEA por los circuitos establecidos y desde aquí al nivel central.

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 la información actualizada y geo-referenciada de dichos focos de la Consejería de Agricultura, Pesca y desarrollo Rural.

- **Medidas de precaución para las donaciones sanguíneas**

El Real Decreto 1088/2005, de 16 de septiembre, por el que se establecen requisitos técnicos y condiciones mínimas de la hemodonación y de los centros y servicios de transfusión, recoge en el anexo II los criterios de selección de donantes, con la indicación de que deben ser revisados y actualizados periódicamente por cada centro de transfusión sanguínea. Así mismo, se exige que se disponga de un registro en el que se recoja, entre otros, los requisitos relativos a la idoneidad de los donantes, del cribado de la sangre, así como la inclusión de los criterios de exclusión.

En particular, la Orden SSI/795/2016, de 24 de mayo, ha venido a actualizar las medidas establecidas para el VNO, en el siguiente sentido: *“Virus del Nilo occidental: exclusión durante 28 días tras abandonar una zona en la que se detectan casos de transmisión a humanos, a menos que se realice una prueba individual de detección del VNO mediante tecnología de amplificación genómica del ácido nucleico –NAT- y su resultado sea negativo”*

Las recomendaciones del Comité Científico de Seguridad Transfusional se pueden consultar en (Anexo II):

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

- **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.

- **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.

- **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.

.

BIBLIOGRAFÍA

- Heymann L. *El control de las enfermedades transmisibles en el hombre*. 19ª Edición. Washington, Asociación Estadounidense de Salud Pública, 2011.
- ECDC. *Expert consultation on West Nile virus infection*. 2009. Disponible en: http://ecdc.europa.eu/en/publications/Publications/0909_MER_Expert_consultation_on_WNV.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. Disponible en: <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 2016 (West Nile) en España*. Disponible en: <http://rasve.magrama.es/Publica/Programas/NORMATIVA%20Y%20PROGRAMAS/PROGRAMAS/2016/FIEBRE%20DEL%20NILO%20OCCIDENTAL/PLAN%20DE%20VIGILANCIA%20WN%20%202016.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. Abril 2013. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/va/profesionales/saludPublica/ccayes/analisisituacion/doc/evVNO_04_13.pdf
- *Evaluación de riesgo del virus del Nilo Occidental. Caso humano y focos en equinos de la CA Andalucía*. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. DGSPySE. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agosto 2016. Disponible en: http://www.oscc.gob.es/contenidos/noticias/20160830_Evaluacion_riesgo_es.htm

Anexo I. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE FIEBRE DEL NILO OCCIDENTAL

Persona que realiza la encuesta: TLF:

DATOS DEL PACIENTE

DATOS PERSONALES Y DE LA DECLARACION

ID caso RedAlerta: ID brote RedAlerta:

Apellidos: Nombre:

Edad:años ó meses Fecha Nacimiento: __-__-__

Domicilio:

Localidad: Provincia:

TLF: Sexo: V M

País de nacimiento:

DATOS DE LA ENFERMEDAD

Fecha de inicio de síntomas: __-__-__

Manifestación clínica (marcar las opciones que correspondan):

- Encefalitis Exantema
- Fiebre Meningitis
- Parálisis Flácida Aguda Síndrome de Guillain Barré Otra

Hospitalizado ¹: Sí No

Fecha de ingreso hospitalario: __-__-__ Fecha de alta hospitalaria: __-__-__

Defunción: Sí No Fecha de defunción: __-__-__

Lugar del caso ²:

País: C. Autónoma:

Provincia: Municipio:

Importado ³: Sí No

DATOS DE LABORATORIO

Fecha de recepción en el laboratorio fuente: __-__-__

Fecha de diagnóstico de laboratorio: __-__-__

Agente causal ⁴: Virus West Nile

Muestra (marcar la muestra principal con resultado positivo):

- Líquido céfalo raquídeo (LCR) Sangre Suero

¹ Hospitalizado: Estancia de al menos una noche en el hospital.

² Lugar del caso: Es el lugar de exposición o de adquisición de la infección, en general, se considerará el lugar dónde el paciente ha podido contraer la enfermedad.

³ Importado: El caso es importado si el país del caso es diferente de España.

⁴ Agente causal: Marcar sólo si se ha confirmado por laboratorio en el paciente

Prueba (marcar las pruebas positivas en la muestra principal):

- Ácido Nucleico, detección
- Anticuerpo, detección
- Anticuerpo, IgM
- Aislamiento
- Anticuerpo, IgG
- Anticuerpo, seroconversión

Envío de muestra al Laboratorio Andaluz de Referencia (LAR): Sí No

Envío de muestra al Laboratorio Nacional de Referencia (LNR): Sí No

Identificador de muestra del declarante al LNR:

Identificador de muestra en el LNR:

DATOS DEL RIESGO

Ocupación de riesgo (marcar una de las siguientes opciones):

- Manipulador de animales
- Medioambiental: animal
- Medioambiental: agua
- Trabajador de laboratorio
- Trabajador sanitario

Exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Contacto con animal (excepto vector), tejidos de animales, o derivados
- Ha recibido: transfusiones o hemoderivados, hemodiálisis, transplantes..., sin especificar
- Ocupacional (pinchazo, laboratorio, contacto con material potencialmente contaminado, otra)
- Contacto con animal como vector/vehículo de transmisión

Animal sospechoso (marcar una de las siguientes opciones):

- Caballo
- Animal de caza menor (aves)
- Mosquito
- Otro Salvaje libre
- Otro animal

Ámbito de exposición (marcar una de las siguientes opciones):

- Aguas costeras
- Lago
- Urbano
- Boscoso
- Pozo
- Fosa séptica
- Rio
- Fuente
- Rural
- Humedal
- Selvático
- Inundación
- Terreno encharcado

Datos de viaje:

Viaje durante el periodo de incubación: Sí No

Lugar del viaje:

País:

Fecha de ida: __-__-__

Fecha de vuelta: __-__-__

DATOS DE VACUNACIÓN

Vacunado de Fiebre amarilla: Sí No **Fecha de vacunación:** __-__-__

Vacunado de Encefalitis japonesa: Sí No Fecha de vacunación: __-__-____

Vacunado de Encefalitis por garrapatas: Sí No Fecha de vacunación: __-__-____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso (marcar una de las siguientes opciones):

Probable Confirmado

Criterios de clasificación de caso:

Criterio clínico Sí No

Criterio epidemiológico Sí No

Criterio de laboratorio Sí No

Asociado:

A brote: Sí No Identificador del brote: _____

C. Autónoma de declaración del brote⁵: _____

OBSERVACIONES ⁶

⁵ C. Autónoma de declaración del brote: aquella que ha asignado el identificador del brote

⁶ Incluir toda la información relevante no indicada en el resto de la encuesta

Anexo II. RECOMENDACIONES DEL COMITÉ CIENTÍFICO DE SEGURIDAD TRANSFUSIONAL. Noviembre 2010. Revisado 10-07-2015

Virus del Nilo Occidental (WNV)



Inclusión en la guía de “criterios Básicos para la Selección de donantes de sangre y componentes”, la exclusión temporal del donante durante 28 días tras abandonar una zona en las que se están produciendo casos de transmisión de VNO a humanos

Ante la aparición de los primeros casos en España, acuerda las siguientes recomendaciones:

1. CCAA DONDE SE ESTEN PRODUCIENDO O SE PRODUZCAN CASOS HUMANOS DEL VNO.

1. Delimitar las áreas consideradas de riesgo: designación de los términos municipales donde se han detectado casos de infección por el VNO en caballos y/o humanos.

2. Medidas en las áreas previamente establecidas como de riesgo:

2.1. Establecimiento de cuarentena de los componentes sanguíneos, hasta que hayan sido analizadas mediante técnicas de Detección de Ácidos Nucleicos (NAT) del VNO. La cuarentena debe incluir también aquellos componentes distribuidos a los Servicios de Transfusión. No se aplicará al plasma destinado a la industria para fraccionamiento

2.2. Suspensión temporal de colectas, hasta que las donaciones puedan ser analizadas para el VNO.

2.3. Detección de VNO en las donaciones extraídas en la zona de riesgo mediante técnicas de Detección de Ácidos Nucleicos. El cribado se deberá realizar durante el ciclo de vida del mosquito, y cuyo periodo podría ser modificado según resultado del seguimiento epidemiológico activo.

2.4. Siempre que sea posible, estudio retrospectivo mediante técnicas de Detección de Ácidos Nucleicos del VNO, en las muestras de las donaciones procedentes de la zona de riesgo que han sido transfundidas, desde la fecha del inicio de los síntomas del primer paciente diagnosticado y confirmado.

2.5. Selección de donantes:

2.5.1. Se excluirán como donantes durante 120 días, todos aquellos que hayan sido diagnosticados del VNO, o presenten o hayan presentado cuadro clínico que haga sospechar posible infección por el VNO.

2.5.2 Se solicitará a los donantes que si durante los 14 días post-donación presentan síntomas de VNO o similares, lo comuniquen al centro de extracción.

3. Medidas en áreas de no riesgo:

Se formularán las preguntas necesarias dirigidas a la exclusión de viajeros procedentes de áreas de transmisión local de VNO, tal como se recoge en los criterios de exclusión temporal de donantes: “Virus del Nilo Occidental: exclusión durante 28 días tras abandonar una zona en la que se detectan casos de transmisión a humanos”.

4. Seguimiento: Actualización epidemiológica a través de los centros competentes. En caso de conocer la existencia de algún caso sospechoso de VNO en un donante o receptor, se notificará con carácter inmediato a la autoridad sanitaria competente de cada Comunidad Autónoma.

2. CCAA SIN CASOS DE VNO EN HUMANOS

2.1. Se formularán las preguntas necesarias dirigidas a la exclusión de viajeros procedentes de áreas de transmisión local de VNO, tal como se recoge en los criterios de exclusión temporal para donantes homólogos: “Virus del Nilo Occidental: exclusión durante 28 días tras abandonar una zona en la que se detectan casos de transmisión a humanos”.

2.2. En caso de donantes procedentes de un área de riesgo, y que presenten un cuadro clínico que pudiera hacer sospechar infección por el VNO, se realizará un seguimiento epidemiológico activo, y se procederá a excluirlos como donantes durante 120 días.

3. Consideraciones generales:

Considerando que la circulación del VNO en el hemisferio norte es estacional (habitualmente de los meses de abril a octubre), y que en algunas regiones de España, se puede producir hasta finales de noviembre, las medidas arriba descritas se implantarán hasta el 30 de noviembre.

Así mismo, teniendo en cuenta que debido al ciclo biológico de los vectores implicados en la transmisión, existe riesgo de endemicidad en algunas zonas, (pudiendo incluso mantenerse el virus varios años), se considerará el reinicio de las medidas a partir del 1 de abril del próximo año

12-04-2011 06-07-2011

Acuerda la reiniciación de las medidas preventivas descritas en 2010, en cuanto se notifique el primer foco confirmado de VNO en humanos.

26-09-2012

Acuerda mantener las medidas preventivas descritas en 2010 y 2011 y tener en consideración la definición de “área de riesgo para enfermedades transmitidas por artrópodos” establecida por el Centro Europeo de Prevención y Control de Enfermedades (ECDC) en mayo de 2012:

1. Área de riesgo: área en la que los individuos están expuestos al riesgo de ser infectados por VNO adquirido localmente.

Se definen cuatro categorías de área de riesgo:

- Área predispuesta: área de riesgo en la que se dan las condiciones que podrían facilitar la transmisión de VNO a humanos, pero el patógeno no ha sido detectado.
- Área en peligro: área de riesgo en la que se ha detectado VNO en vectores, o transmisión de VNO a animales o se ha producido transmisión de VNO a humanos en los últimos 5 años.
- Área afectada: área de riesgo donde se está produciendo transmisión de VNO a humanos. Lo que significa que al menos se ha confirmado un caso autóctono de transmisión de VNO a humanos.
- Área endémica: área de riesgo en la que tiene lugar la transmisión de VNO a humanos durante 5 ciclos estacionales.

Área de riesgo	Criterios			
	Condiciones (a)	Patógeno (b)	Transmisión (c)	Recurrencia (d)
Sin riesgo	-	-	-	-
Predispuesta	+	-	-	-
En peligro	+	+	-	-
Afectada	+	+	+	-
Endémica	+	+	+	+

(a) Condiciones medioambientales que favorezcan la transmisión de enfermedad mediada por el artrópodo vector a humanos.

(b) Presencia del patógeno en vectores y/o animales.

(c) Transmisión de la enfermedad a humanos

(d) Recurrencias estacionales de transmisión de VNO a humanos

02-10-2014 10-07-2015

Acuerda actualizar las medidas conforme a la Directiva 2014/110/UE de la Comisión, de 17 de diciembre, relativa a los criterios de exclusión temporal de donantes procedentes de una zona en la que se estén produciendo casos de transmisión del Virus del Nilo Occidental a humanos en el siguiente sentido: **exclusión durante 28 días tras abandonar una zona en la que se detectan casos de transmisión a humanos, a menos que se realice una prueba individual de detección del VNO mediante tecnología de amplificación genómica del ácido nucleico -NAT- y su resultado sea negativo**