

PROTOCOLO DE VIGILANCIA Y ALERTA DE MENINGITIS DE ORIGEN VIRICO

Actualizado a Agosto 2014

DEFINICION DE ALERTA

- Un **caso** de meningitis aséptica por estas enfermedades se considera como una EDO urgente.
- Se declarará como alerta por **brote o cluster** de meningitis aséptica:
 - La aparición de 2 o más casos en un periodo de 5 días en municipios con población menor de 5.000 habitantes o en municipios con población mayor si se sospecha relación entre los casos.
 - La aparición de 2 o más casos en el mismo centro escolar, guarderías, instituciones cerradas, residencias y similares, en un periodo de cuatro semanas.

DESCRIPCIÓN DE LA ENFERMEDAD Y AGENTES (Ver Anexo 2)

VIGILANCIA DE LA ENFERMEDAD

Objetivos

Los objetivos de la vigilancia de esta enfermedad son:

1. Detectar los casos lo antes posible para llevar a cabo las medidas de salud pública y control de la enfermedad en el entorno del caso con el fin de evitar la aparición de casos secundarios.
2. Conocer las características de la presentación de la enfermedad en la población. Esto incluye conocer del patrón geográfico, la tendencia, la estacionalidad, la incidencia y evolución de la enfermedad en hombres y mujeres y su distribución según la edad.
3. Conocer la descripción microbiológica del agente.

Definición de caso

Caso probable: fiebre de comienzo brusco, signos y síntomas meníngeos (cefalea y rigidez de nuca), y moderado incremento celular (100-500/ μ l), habitualmente pleocitosis linfocitaria (>50%), valores de proteínas normales o discretamente elevados (<100 mg/dl), glucosa en el rango de la normalidad (<50mg/dl) y aspecto claro del LCR.

Caso confirmado: Identificación del virus en LCR por PCR, serología o cultivo.

MEDIDAS DE SALUD PÚBLICA

Organización de recursos y medidas de control ante un caso o brote

- Epidemiología del Equipo de Alerta Provincial o del Distrito Sanitario deben iniciar la intervención, investigando cada caso y realizando la encuesta epidemiológica, salvo que el caso esté ingresado, realizándose por Medicina Preventiva.
- Se efectuará la grabación del caso en redalerta y la revisión de casos anteriores buscando una agrupación temporo-espacial. En caso de alerta por brote, la unidad de SVEA correspondiente adjuntará en la ficha de RedAlerta el informe final del brote dentro de los 40 días desde la fecha de aparición de la alerta y en todo caso antes de los 60 días.
- La declaración de alerta por brote complementa pero no sustituye la declaración individualizada de cada caso.
- En el supuesto de aparición de varios casos la curva epidémica orientará hacia una transmisión persona a persona o bien hacia una fuente común. Es importante determinar la distribución espacial de los casos en un sistema gráfico.
- El responsable de la Unidad de Protección de la Salud será informado en caso de sospecha de contaminación de origen hídrico y/o alimentario, o de intervención de vectores en la transmisión, para participar en la investigación y tomar muestras si fuese necesario.
- Remisión a laboratorio de referencia. Desde el centro hospitalario se realizará la remisión de la muestra del LCR al laboratorio de referencia del HUVN de Granada.
- El Distrito Sanitario procederá a comunicar la situación al Centro de Salud correspondiente a fin de que se inicie una vigilancia activa de nuevos casos. En el caso de guarderías y centros escolares, el Distrito Sanitario informará a las direcciones de estos centros y en su caso, personándose en el lugar, a los padres de los alumnos de las medidas a adoptar en cada situación. Se realizará seguimiento a través de Educación de ausencias a clase, principalmente en el centro donde asistía el caso
- Toda declaración de caso implica una intervención, sea en el ámbito familiar, escolar o laboral. Se debe efectuar rápidamente, iniciándose en las primeras 24 horas.
- Desde la Delegación Provincial se garantizará la realización de la intervención por las unidades implicadas y la realización de los informes provisionales e informe final en plazo.
- Es muy importante mantener un contacto adecuado con los colegios, responsables de instituciones. Se deben aportar datos con claridad y actualidad. Es esencial la visita en una fase temprana del epidemiólogo y/o médicos de los dispositivos de AP a los centros.

Medidas de aislamiento o protección

La mayoría de casos de MA en nuestro medio corresponde a enterovirus, de transmisión orofecal y persona a persona. Por tanto la mejora de los hábitos higiénicos en entorno familiar, escolar ó institucional, es la principal medida preventiva.

En caso de transmisión hídrica por fuente pública habrá de ser comunicado al Ayuntamiento para ser clausurada y rotulada como no potable.

En relación a la Coriomeningitis linfocitaria, la prevención consiste en evitar el contacto con los ratones caseros y tomar precauciones al manipular roedores mascota (ratones, hámsters o conejillos de Indias).

En las meningitis relacionadas con artrópodos, la medida preventiva sería una menor exposición de la piel a las picaduras de los insectos mediante una menor exposición de la piel mediante ropa y la utilización de repelentes.

Hay que insistir a los padres, dirección de escuelas, guarderías e instituciones y en las entrevistas con los medios de comunicación, que no es necesaria la quimioprofilaxis y que su mala utilización conlleva un problema de resistencia microbiana.

Finalización de la alerta

Se considerará finalizada la alerta a las cuatro semanas tras la declaración del último caso, manteniéndose el sistema de vigilancia específico al menos durante dos meses desde la finalización de la alerta.

En brotes poblacionales de origen hídrico se mantendrán controles rutinarios del agua de consumo.

BIBLIOGRAFÍA

- Manual para el control de las enfermedades transmisibles. David L. Heymann, editor. Decimoctava edición. Washington, D.C: OMS, 2008.
- Sistema de Vigilancia Epidemiológica de Andalucía: Protocolo de alerta por meningitis vírica. Servicio de epidemiología y salud laboral. Secretaría General de Salud Pública y Participación. Actualizado a octubre 2008.
- ORDEN de 11 de diciembre de 2008, 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.
- Fernando De Ory et al. Virus Toscana, West Nile y de la coriomeningitis linfocitaria como causantes de meningitis aséptica en España. Med Clin (Barc). 2009;132(15):587–590
- Laura Florén-Zabala et al. Meningitis aséptica en la población adulta. Etiología y utilidad de las técnicas moleculares en el manejo clínico del paciente. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(7):361–366.
- José María Navarro, Concepción Fernández-Roldán, Mercedes Pérez-Ruiz, Sara Sanbonmatsu, Manuel de la Rosa y M. Paz Sánchez-Seco. Meningitis por el virus Toscana en España: descripción de 17 casos. Med Clin (Barc) 2004;122(11):420-2.

José Antonio Oteo. Meningitis aséptica aguda: muchas causas a considerar. Enferm Infecc Microbiol Clin. 2012;30(7):359–360.

ANEXO 1. ENCUESTA EPIDEMIOLÓGICA DE MENINGITIS VIRICA

(No es necesario adjuntar a la ficha de declaración de redalerta)

DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Nombre _____

Dirección _____

Municipio residencia: _____ Provincia residencia: _____

Comunidad Autónoma de residencia: _____ País residencia: _____

Fecha de Nacimiento: __-__-____ Edad en años: __ Edad en meses en menores de 2 años: __

Sexo: Hombre Mujer Desconocido

País de origen: _____ Año de llegada a España: _____

DATOS SOBRE LA ENFERMEDAD

Fecha del caso: __-__-____

Fecha de inicio de los primeros síntomas: __-__-____

Ingreso en hospital: Sí No Desconocido Fecha de hospitalización: __-__-____

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

SINTOMAS:

- Dolor de cabeza intenso: Si No
- Náuseas: Si No
- Vómitos: Si No
- Fiebre: Si No
- Rigidez de nuca: Si No
- Signos Meningeos: Si No
- Dolor de garganta: Si No
- Rinorrea: Si No
- Fotofobia: Si No

Otros Síntomas: _____

MUESTRAS CLINICAS:

Características de L.C.R.:

- Células Totales: _____
- Polomorfonucleares: _____%
- Mononucleares: _____%
- Glucosa _____
- Proteínas _____

DATOS DE LABORATORIO

Cepa/muestra enviada al Laboratorio de Referencia del HUVN Sí No Desconocido

Fecha de recepción de la muestra en el laboratorio: __-__-__

Fecha del diagnóstico microbiológico: __-__-__

Criterios analíticos:

Tipo de muestra:

L.C.R.: Sí No

Serología Sí No

Cultivo Sí No

Heces : Sí No

Exudado Faringeo: Sí No

Otros especificar: _____

Resultados: _____

Resultados: _____

Resultados: _____

Resultados: _____

Resultados: _____

Identificación del microorganismo: _____

DATOS SOBRE EL RIESGO

Ámbito durante el periodo de incubación:

¿Reside la persona en una institución? Sí No Especificar: _____

CATEGORIZACIÓN DEL CASO

Clasificación del caso: Confirmado

Extracomunitario Sí No Comunidad autónoma _____

Importado Sí No País _____

Asociado a brote Sí No Número de identificación del brote: _____

ANEXO 2.

DESCRIPCION DE LA ENFERMEDAD

La meningitis aséptica (MA) es un proceso de naturaleza fundamentalmente infecciosa. El término aséptico hace referencia a la ausencia de microorganismos en la tinción de Gram y negatividad de los cultivos habituales para agentes bacterianos en el líquido cefalorraquídeo (LCR).

Se caracteriza por un inicio brusco de fiebre, signos y síntomas meníngeos (cefalea y rigidez de nuca), moderado incremento celular (habitualmente pleocitosis linfocitaria), valores de proteínas normales o discretamente elevados, glucosa en el rango de la normalidad y aspecto claro del LCR. Los síntomas duran entre 10 y 14 días. El pronóstico generalmente es favorable con una letalidad baja y suelen curar sin secuelas aunque en ocasiones se han registrado secuelas neurológicas importantes a largo plazo principalmente en los niños.

La causa más frecuente suele ser vírica, son más frecuentes en niños, hombres menores de 1 año, cursando de forma estacional en verano y otoño con una incidencia variable dependiendo de la aparición de brotes epidémicos.

En la actualidad no existen datos a nivel nacional de la incidencia de MA en la población general. En Andalucía en 2013 se declararon al Sistema de Vigilancia Epidemiológica 370 casos de MA lo que representa una tasa de incidencia de 4,38 casos por 100.000 habitantes de los que el 39,5% de los casos se clasificaron como confirmados

El desarrollo de las técnicas de diagnóstico de biología molecular como las técnicas de amplificación genómica no solo son fundamentales a la hora de confirmar los casos declarados sino también en la utilización de los recursos asistenciales, tratamiento de los afectados y manejo de los contactos. No obstante, un porcentaje de los casos queda aún sin filiar.

Agentes

En Andalucía durante el periodo epidémico 2007-2013 se declararon 1878 sospechas de caso de MA de los cuales se confirman 752 casos (40%), de los cuales el 68,1% fueron Enterovirus, el 15,16% Virus Herpes, el 7,05% Virus Toscana (la provincia de Granada aporta el 51,9% de los casos en este periodo), el 6,91% Virus Varicela-Zoster y el 2,79% se registraron como virus otros (Citomegalovirus, virus de Epstein Barr, virus de la Parotiditis. En el año 2010 se diagnosticó 1 caso de Coriomeningitis Linfocitaria en la provincia de Granada y 2 casos de Virus del Nilo Occidental en la provincia de Cádiz).

Los enterovirus tienen reservorio exclusivamente humano y producen habitualmente la infección a partir de la ingestión de material contaminado con heces. El virus se implanta en tejido linfático de orofaringe e intestino donde se replica. La mayoría de las infecciones causadas por enterovirus son sintomáticas o producen un cuadro febril inespecífico, acompañado a menudo por síntomas de tracto respiratorio superior de corta duración. La meningitis aséptica es de hecho una manifestación poco frecuente de la infección. La eliminación del virus por heces es más prolongada que por tracto respiratorio superior y se piensa que el contagio oro-fecal de persona a persona, es el modo predominante de transmisión, siendo los infectados asintomáticos a menudo fuente de infección. También se han descrito con frecuencia, la aparición de brotes holomianticos por exposición a una fuente común, por el consumo de agua o alimentos contaminados. El período de incubación es difícil

de estimar porque la fuente de infección suele ser un caso sintomático, aunque se ha estimado entre 2 días y 2 semanas, con una mediana de 3 a 5 días.

La incidencia de la enfermedad varía en función de ciclos epidémicos, período del año, situación geográfica, edad y nivel socioeconómico. La mayoría de las infecciones por enterovirus se producen en menores de 15 años, siendo el riesgo de desarrollar MA mayor para los varones. Aunque aparecen casos de infección por enterovirus durante todo el año, la incidencia en los climas templados tiene una periodicidad estacional, más elevada durante los meses cálidos.

Otros virus. Los virus de la familia Herpesviridae causan infecciones neurológicas con frecuencia. En pacientes inmunocompetentes, el Virus Herpes Simple tipo 2 es una de las causas más frecuentes de meningitis en la población adulta joven, después de los enterovirus, mientras que el VHS tipo 1 es el principal agente etiológico de encefalitis esporádica en todo el mundo. En los últimos años se ha implicado cada vez con mayor frecuencia el Virus Varicela Zoster como agente productor de meningitis y, sobre todo, meningoencefalitis, asociado o no a enfermedad exantemática. Otros herpesvirus (VHS tipo 1, Virus de Epstein Barr, virus de la Coriomeningitis Linfocitaria y Virus Herpes Humano tipo 6) se han descrito como agentes de MV de forma esporádica, al igual que el virus de la parotiditis y excepcionalmente el virus del sarampión y adenovirus.

Los virus transmitidos por artrópodos (arbovirus) y los transmitidos por roedores (robovirus) se engloban en los denominamos “virus transmitidos por vector” (VTV). La mayoría de los VTVs no utilizan a los humanos en su ciclo vital, aunque algunos de ellos pueden infectarlo y causar enfermedad, que en ocasiones llega a ser letal. En estos casos el individuo infectado no produce una cantidad de virus suficiente como para infectar a otros humanos o a otros vectores. Entre estos virus en los que el humano es un huésped final, el virus Toscana, el virus de la coriomeningitis linfocitaria y el virus West Nile son los que más frecuentemente causan enfermedad en España. Los tres se han asociado a enfermedad neurológica aguda y son transmitidos por vectores ampliamente distribuidos en nuestro territorio (flebotomos, ratón común y mosquitos del género Culex, respectivamente), por lo que no muestran una distribución geográfica específica. También son causantes de enfermedad neurológica aguda, sobre todo en pacientes inmunodeprimidos.

El virus Toscana (TOSV) pertenece al género Phlebovirus de la familia Bunyaviridae. Se transmite a humano a través de la picadura de un flebótomo infectado y puede producir un síndrome neurológico. En España, como en otros países de la cuenca del Mediterráneo, se considera la segunda causa de meningitis, tras enterovirus, durante los meses cálidos. La infección neurológica es más frecuente durante el verano, con un pico de incidencia en el mes de agosto, coincidiendo con la época de máxima actividad del vector. Es más frecuente en adultos jóvenes que en niños, suelen tener un carácter benigno, resolverse de forma espontánea a corto medio plazo sin secuelas neurológicas permanentes. Ocasionalmente produce meningoencefalitis o encefalitis sin meningitis y rara vez cuadros exantemáticos o síndromes seudogripales. El periodo de incubación de la enfermedad puede ser prolongado.

Estudios de prevalencia sugieren la circulación del TOSV por todas las regiones en las que se ha descrito la leishmaniosis, con tasas más altas en el área mediterránea. Así, se han detectado tasas en la población general de hasta el 24,9% en Granada, frente al 7,2% en Madrid. La prevalencia aumenta de forma significativa con la edad de la población, alcanzando el 60% en mayores de 65 años. La elevada prevalencia de anticuerpos entre la población de lugares donde se ha aislado el TOSV junto con la baja incidencia de enfermedad apuntan hacia la posibilidad de frecuentes infecciones asintomáticas o paucisintomáticas.

El virus de la Coriomeningitis Linfocitaria (LMCV) pertenece a la familia Arenaviridae, género Arenavirus. Infecta accidentalmente al hombre, ya que su reservorio natural lo constituyen roedores como el ratón doméstico, encontrándose el virus en la saliva, la orina y las heces de los ratones infectados (el hámster no es reservorio natural pero se pueden infectar con VCML a partir de ratones silvestres), Estos animales transmiten la infección al hombre a través de sus excretas por cualquiera de estas tres vías: aérea, cutánea o digestiva. La transmisión persona a persona no se ha informado excepto la transmisión vertical de la madre infectada al feto. Algunas investigaciones sugieren que el trasplante de órganos puede ser un medio de transmisión. La prevalencia de anticuerpos entre los humanos oscila entre el 2-5%. La mayoría de los casos suceden durante el invierno y se afectan preferentemente personas jóvenes. Los trabajadores de laboratorio que trabajan con el virus o que manipulan animales infectados también están en riesgo.

La enfermedad tiene un período de incubación de 5 a 10 días y puede cursar como: una infección asintomática (35% de los casos), un cuadro gripal (lo más frecuente) o bien, como una enfermedad difásica en la que, tras el cuadro pseudogripal, aparecen desde una meningitis aséptica hasta una encefalitis grave pasando por cuadros como artritis, parotiditis, orquitis y otros. El pronóstico es generalmente bueno y las secuelas neurológicas inusuales. La mortalidad es menor al 1%. La prevención de la enfermedad consiste en evitar el contacto con los ratones caseros y tomar precauciones al manipular roedores mascota (ratones, hámsters o conejillos de Indias).

El virus West Nile, dispone de un protocolo de alerta específico.

Anexo 3

EJEMPLO DE INFORMACIÓN A FACILITAR SOBRE MENINGITIS VÍRICAS

¿QUÉ ES LA MENINGITIS VÍRICA?

La Meningitis Vírica, también denominada Meningitis Aséptica o no Bacteriana, es una enfermedad relativamente común que rara vez es grave, normalmente la recuperación es completa y puede ser causada por muy diversos virus.

La Meningitis Vírica se caracteriza por los siguientes síntomas: fiebre de comienzo brusco e inespecífico, con dolor de cabeza intenso y rigidez de nuca. Además pueden tener náuseas, vómitos, dolor abdominal y a menudo hay un cuadro importante de faringitis.

Aunque casos de infección pueden darse durante todo el año, suelen aparecer más durante los meses cálidos, no siendo extraño que coincidan varios casos al mismo tiempo.

¿CÓMO SE TRANSMITE?

Los virus que principalmente provocan estas meningitis, viven sólo en el hombre y producen habitualmente la infección a partir de ingestión de material contaminado con heces. El virus se instala en la faringe e intestino donde se reproduce.

La mayoría de las infecciones causadas por estos virus no dan síntomas o producen fiebre, acompañada a menudo por síntomas de las vías respiratorias superiores de corta duración. La Meningitis Vírica es de hecho una manifestación poco frecuente de la infección.

El virus se elimina durante más días por las heces que por las vías respiratorias superiores y se piensa que el contagio de una persona a otra (por llevarse a la boca material contaminado con heces) es el modo predominante de transmisión, siendo a menudo la fuente de infección personas infectadas que no tienen síntomas.

Aunque el período de incubación es difícil de estimar, porque generalmente la fuente de infección es un caso sin síntomas, se ha calculado entre 2 días y 2 semanas, con una mediana de 3 a 5 días.

¿A QUIEN AFECTA?

La mayoría de las infecciones por estos virus se producen en menores de 15 años, siendo el riesgo de desarrollar meningitis mayor para los varones.

¿CUÁLES SON LAS MEDIDAS DE PROTECCIÓN?

En los casos de Meningitis Víricas, no es necesario tomar ninguna medicación para prevenirla.

Dado que en la mayoría de casos en nuestro medio la transmisión es a través de las heces y persona a persona, la principal medida preventiva consiste en:

Mejorar los hábitos higiénicos, en el entorno familiar ó escolar:

- Lavado adecuado de las manos antes de manipular alimentos.
- Lavado adecuado de las manos después de utilizar los baños: Todos los servicios estarán dotados de papel higiénico, agua corriente, jabón y toallas desechables.
- Se intensificará la limpieza de los baños usando lejía.
- Manejo adecuado de heces y/o secreciones procedentes de la nariz o garganta: El cuidador/a deberá lavarse siempre las manos después de limpiar a un niño heces o mucosidades.
- Las secreciones nasales o de la garganta se limpiarán con pañuelos desechables.
- Se utilizarán vasos desechables para los niños más pequeños a fin de evitar que beban agua chupando del grifo.
- En las guarderías se extremará la limpieza de los objetos que manipulen los niños y que puedan llevarse a la boca.
- En caso de dudas, aparición de varios casos o situaciones de alarma entre la población escolar, los profesores estarán atentos al motivo de la ausencia de los niños para comunicarlo a sus referentes en la Delegación de Educación y así poner en marcha medidas coordinadas con los Servicios de Salud.