



Recomendaciones provisionales de vigilancia para la infección humana por el coronavirus causante del síndrome respiratorio de Oriente Medio

Al 27 de junio del 2013

Actualización

La Organización Mundial de la Salud (OMS) está actualizando sus directrices para la vigilancia del síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS-CoV) causado por coronavirus, que se publicaron por primera vez a finales del 2012. La OMS seguirá actualizando estas recomendaciones a medida que se obtenga información nueva.

En este documento se resumen las recomendaciones de la OMS, pero no se trata de un resumen integral de los informes de casos actuales, que se encuentran en la página nueva sobre coronavirus de la OMS (http://www.who.int/csr/disease/coronavirus_infections/en/). Es importante señalar que estas recomendaciones de la OMS deben ponerse en práctica en diferentes países cuyos recursos y perfiles epidemiológicos varían.

En esta actualización del 27 de junio del 2013 hay dos cambios importantes:

- se formulan recomendaciones más enérgicas con respecto al uso de muestras de las vías respiratorias inferiores, en lugar de los hisopos nasofaríngeos, para diagnosticar la infección MERS-CoV.
- se recomienda un período más largo de observación para los contactos de los casos; esto se fundamenta en la información que se está acumulando acerca del período de incubación.

Antecedentes

La transmisión de persona a persona del MERS-CoV ya se ha documentado en varios brotes de casos, incluso en miembros de una familia y en establecimientos de asistencia sanitaria. Dos trabajadores de salud se infectaron después del contacto con casos confirmados en hospitales. Hasta el presente, no ha habido evidencia de transmisión sostenida más allá de los brotes inmediatos. El modo de transmisión no se ha determinado para los casos esporádicos ni para la transmisión de persona a persona; tampoco se ha establecido el origen del virus.

Todos los casos confirmados han presentado enfermedad respiratoria y la mayoría ha tenido neumonía. Sin embargo, un paciente inmunodeprimido presentó inicialmente fiebre y diarrea y fue solo por casualidad que en una radiografía se detectó que sufría de neumonía. La mitad de todos los casos

confirmados han muerto. Entre las complicaciones ocurridas en el curso de la enfermedad se encuentran neumonía grave con insuficiencia respiratoria que necesita ventilación mecánica, síndrome de dificultad respiratoria aguda (SDRA) con insuficiencia de varios órganos, insuficiencia renal que exige diálisis, coagulopatía destructiva y pericarditis. Varios casos también han presentado síntomas digestivos, como diarrea, en el curso de su enfermedad. Un paciente que estaba inmunodeprimido en el momento de la infección mostró principalmente signos y síntomas relacionados con el aparato digestivo. Entre las coinfecciones se encuentran influenza, herpes simple y neumococo.

Cada vez es mayor la evidencia de que los hisopos nasofaríngeos no son tan sensibles como las muestras de las vías respiratorias inferiores para detectar las infecciones de MERS-CoV. Los hisopos nasofaríngeos han resultado negativos en pacientes que habían estado en estrecho contacto con casos confirmados y que desarrollaron neumonía luego del contacto. Además, ya se ha observado que varios casos cuyos resultados de los hisopos nasofaríngeos fueron negativos tuvieron resultados positivos cuando se tomaron muestras de las vías respiratorias inferiores. La exclusión de pacientes de los cuales hay sospechas firmes acerca del diagnóstico sobre la base de datos epidemiológicos y clínicos, no se justifica si la única razón para excluirlos es un resultado negativo en una prueba de hisopo nasofaríngeo.

El período de incubación para los casos de los cuales se conoce o se sospecha firmemente la exposición suele ser de menos de una semana. Sin embargo, al menos en un caso, la exposición conocida ocurrió entre 9 y 12 días antes del inicio de la enfermedad. Otra evidencia en casos expuestos a lo largo de diferentes períodos de tiempo sugiere que al menos en una minoría de los casos, el período de incubación puede ser superior a una semana pero es menor de dos semanas.

Recomendaciones para la recogida de muestras

Se aconseja con firmeza que, siempre que sea posible, se utilicen muestras extraídas de las vías respiratorias inferiores como el esputo, el aspirado endotraqueal o el lavado broncoalveolar hasta que se disponga de más información. Si los pacientes no presentan signos ni síntomas de infección de las vías respiratorias inferiores y no es posible obtener muestras de las vías respiratorias inferiores, o estas no están indicadas clínicamente, es necesario recoger muestras nasofaríngeas y orofaríngeas. Estas dos muestras pueden combinarse en un envase único de recolección y someterse a prueba juntas. Si las pruebas iniciales de un hisopo nasofaríngeo son negativas en un paciente de quien se sospecha firmemente que tiene la infección de MERS-CoV, es necesario efectuar nuevas pruebas en ese paciente por medio de una muestra tomada de las vías respiratorias inferiores o una muestra nasofaríngea repetida, además de una muestra orofaríngea, en caso de que no sea posible extraer muestras de las vías respiratorias inferiores. Para los pacientes de quienes no es posible obtener muestras adecuadas de las vías respiratorias, los investigadores también podrían considerar otros tipos de pruebas auxiliares como el lavado nasofaríngeo y las pruebas serológicas en las fases aguda y de convalecencia. También se ha comprobado la presencia del virus en otros humores orgánicos como sangre, orina y heces, pero la utilidad de esos humores orgánicos para el diagnóstico de la infección de MERS-CoV es incierta.

Objetivos de la vigilancia

Los objetivos principales de las mejoras descritas en este documento son:

1. Detectar la transmisión temprana y sostenida de persona a persona.
2. Determinar la zona geográfica de riesgo para la infección por el virus.

Es necesario emprender otras investigaciones clínicas y epidemiológicas (véase cuadro siguiente) con la finalidad de:

1. Determinar características clínicas clave de la enfermedad, como el período de incubación, espectro de la enfermedad, y la evolución natural de la enfermedad.
2. Determinar características epidemiológicas clave del virus, como exposiciones que dan lugar a la infección, factores de riesgo, tasas de ataque secundarias y modo de transmisión.

Es necesario examinar y hacerles pruebas a las siguientes personas para detectar casos de MERS-CoV:

1. Una persona con una infección respiratoria aguda, lo que puede incluir antecedentes de fiebre y tos, así como indicaciones de enfermedades del parénquima pulmonar (por ejemplo, neumonía o SDRA), sobre la base de evidencia clínica o radiológica de consolidación, lo que exige ingreso al hospital. Además, los médicos clínicos deben estar atentos ante la posibilidad de que los pacientes inmunodeprimidos presenten signos y síntomas atípicos.

Y en caso de que ocurra algo de lo siguiente:

- La enfermedad se encuentra en un brote¹ que ocurre en un período de 14 días, independientemente del lugar de residencia o los antecedentes de viaje, a menos que se haya identificado otra etiología.
- La enfermedad ocurre en un trabajador de salud que ha estado trabajando en un ambiente donde se está atendiendo a pacientes con infecciones respiratorias agudas graves, en particular pacientes que necesitan cuidados intensivos, independientemente del lugar de residencia o los antecedentes de viaje, a menos que se haya identificado otra etiología.³
- La persona tiene antecedentes de viajes al Oriente Medio² dentro de los 14 días anteriores a la aparición de la enfermedad, a menos que se haya identificado otra etiología.³
- La persona desarrolla un curso clínico inusual o inesperado, en especial un deterioro súbito a pesar de haber recibido el tratamiento apropiado, independientemente del lugar de residencia o los antecedentes de viaje, aunque que se haya identificado otra etiología, si esa etiología alternativa no explica totalmente la presentación o el curso clínico del paciente.

¹ Un “brote” se define como dos o más personas con aparición de síntomas en el mismo período de 14 días, y que están asociadas con un entorno específico, como un aula, lugar de trabajo, hogar, familia ampliada, hospital, otra institución residencial, cuartel militar o campamento recreativo.

² Para un mapa del Oriente Medio, vea: <http://www.un.org/Depts/Cartographic/map/profile/mideastr.pdf>.

³ Las pruebas deben hacerse de acuerdo a la orientación local para el tratamiento de la neumonía contraída en la comunidad. Algunos ejemplos de otras etiologías son *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* tipo b, *Legionella pneumophila*, otras neumonías bacterianas primarias reconocidas, influenza y el virus sincitial respiratorio.

2. Las personas con enfermedad respiratoria aguda de cualquier grado de gravedad que, en los 14 días anteriores a la aparición de la enfermedad, estuvieron en contacto físico cercano⁴ con un caso confirmado o probable de infección de MERS-CoV, mientras ese paciente estaba enfermo.
3. Para los países del Oriente Medio, la norma mínima para la vigilancia debe ser la de hacerles pruebas a los pacientes con enfermedades respiratorias graves que requieren ventilación mecánica. La norma mínima también debe incluir investigación de todas las tres categorías enumeradas más arriba —pacientes con neumonía idiopática o SDRA que ocurrió en brotes; trabajadores de salud que tuvieron que ser hospitalizados debido a enfermedades respiratorias y los pacientes con una presentación o curso clínico extraño. Sin embargo, se recomienda en especial a los países del Oriente Medio que consideren la posibilidad de agregar las pruebas para MERS-CoV a los algoritmos actuales de pruebas como parte de la vigilancia centinela de rutina de las enfermedades respiratorias y los paneles de diagnóstico para la neumonía. Si los recursos locales lo permiten, deben agregarse algunas pruebas de los pacientes con neumonía más leve, idiopática, contraída en la comunidad y que exige hospitalización.

La OMS no aconseja la realización de cribados especiales en los puntos de entrada.

Notificación

La OMS solicita que los casos probables y confirmados se notifiquen en las 24 horas que siguen a la clasificación, a través del Punto de Contacto Regional para el Reglamento Sanitario Internacional en la Oficina Regional de la OMS apropiada. Ver las definiciones actuales para los casos probables y confirmados en:

<http://www.who.int/csr/disease/coronavirusinfections/casedefinition/en/index.html>.

Investigaciones en torno a casos de infección de MERS-CoV

Muchas de las preguntas fundamentales con respecto a la manifestación clínica y las características epidemiológicas de la infección de MERS-CoV se responderán solo mediante investigaciones cuidadosas y detalladas en torno a los casos. A continuación se dan algunas orientaciones sobre los tipos de estudios que deben considerarse. Actualmente, la OMS está colaborando con los asociados técnicos para preparar protocolos ordinarios e instrumentos de recopilación de datos para esta finalidad, que se publicarán cuando estén finalizados. Sírvase consultar el sitio web de coronavirus de la OMS donde se dan recomendaciones acerca de las investigaciones y los protocolos actuales. Para recibir apoyo técnico, comuníquese con la OMS por la siguiente dirección de correo electrónico outbreak@who.int colocando “MERS-CoV epi surv recs” en la línea para el asunto.

⁴ Contacto físico cercano se define como:

- toda persona que prestó servicios de atención para el paciente, entre otros, un trabajador de salud o un miembro de la familia, o todo aquel que de alguna manera estuvo en contacto físico cercano con el paciente;
- toda persona que permaneció en el mismo lugar (por ejemplo, vivió con la persona o la visitó) que un caso probable o confirmado mientras el caso estaba enfermo

Investigaciones en torno a casos confirmados de infección nueva por coronavirus

Investigación	Propósito
<p>Completar la recopilación de datos sobre la historia clínica, presentación, surgimiento de complicaciones, resultados importantes de laboratorio y de rayos X, y curso de la enfermedad.</p>	<p>Describir el cuadro clínico y la evolución natural de la infección.</p>
<p>Investigación de las exposiciones posibles en los últimos 14 días antes de la aparición de la enfermedad. Incluir antecedentes de viaje, exposiciones a animales (tipo de animales y tipo de contacto), exposiciones a otros pacientes con infecciones respiratorias agudas, incluso exposiciones en entornos de atención de salud y consumo de alimentos crudos y bebidas sin procesar. Recopilar información detallada sobre fecha, duración e intensidad de la exposición y tipo de contacto.</p>	<p>Determinar el origen de la infección y la vía de exposición.</p>
<p>Localización de contactos, entre ellos los contactos en el hogar, el lugar de trabajo, la escuela y entornos sociales. Debe prepararse un recuento detallado con respecto al momento del contacto con las personas enfermas y la aparición de la enfermedad. Es necesario hacerles pruebas a los contactos mediante la reacción en cadena de la polimerasa y pruebas serológicas en la fase aguda y la de convalecencia. Debe recopilarse información sobre la gravedad y el curso de la enfermedad de todos los contactos, aun de aquellos cuyos síntomas sean leves, cuando son sometidos a las pruebas para detectar el virus.</p>	<p>Detectar evidencia de la transmisión de persona a persona; calcular las tasas de ataque secundarias, la duración de la infectividad y el período de incubación. Describir el espectro de la enfermedad, especialmente los casos más leves.</p>
<p>Encuestas de los trabajadores de salud que trabajan en el entorno donde se atienden los casos. La encuesta debe incluir a las personas que no se ocupan directamente de los pacientes pero que trabajan en la misma sala o unidad, así como a los que prestan atención intermitente, como radiólogos, terapeutas de la respiración y fisioterapeutas, etc. Incluir información acerca de la fecha, duración e intensidad del contacto, tipo de interacción, uso de equipo de protección personal y otras exposiciones posibles fuera del entorno de atención de salud (por ejemplo, animales en el ambiente doméstico).</p>	<p>Detectar evidencia de la transmisión de persona a persona y eficacia del equipo de protección personal.</p>
<p>Efectuar investigación acerca de aumentos recientes de casos de enfermedades respiratorias en la comunidad. Esto incluiría el examen de los</p>	<p>Detectar indicios de transmisión anterior de MERS-CoV.</p>

registros locales de ingresos a hospitales y registros de pacientes ambulatorios de ciertos médicos generales en la comunidad donde se cree que se contrajo la enfermedad.	
Pruebas retrospectivas de las muestras almacenadas que se obtuvieron de pacientes con enfermedad respiratoria.	Detectar la preexistencia del virus en la comunidad.
Pruebas retrospectivas de muestras animales almacenadas, para detectar la presencia de MERS-CoV o de sus anticuerpos.	Determinar el reservorio animal y el origen del virus.
Estudios serológicos de grupos potencialmente expuestos de personas como trabajadores veterinarios, trabajadores de mercados, trabajadores de salud, y trabajadores de oficina (como grupo de comparación). Deba recabarse información detallada de cada participante acerca del tipo y magnitud de la exposición.	Establecer los tipos de exposición que dan lugar a la infección.

Si desea hacer preguntas acerca de este documento, escriba a la dirección de correo electrónico: outbreak@who.int y escriba "MERS-CoV epi surv recs" en la línea del asunto.