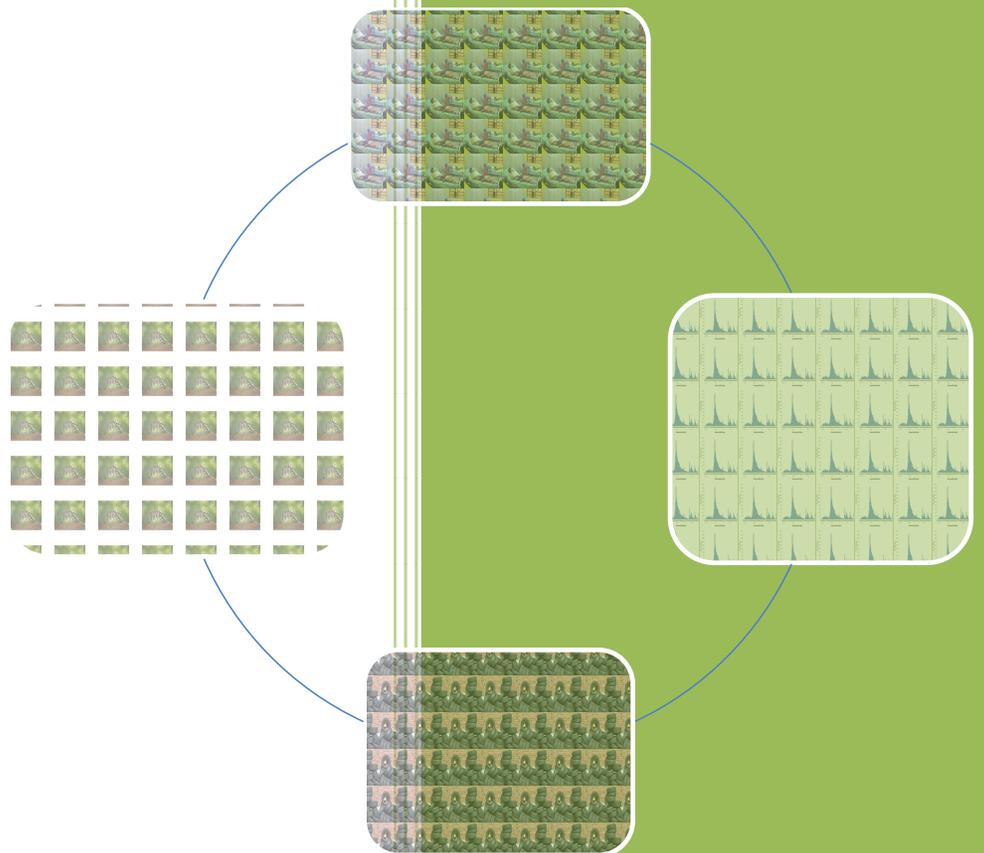




Plan de preparación y respuesta frente a brotes de Fiebre Chikungunya



Plan de Preparación y Respuesta frente a Brotes de Fiebre Chikungunya en República Dominicana

© **Ministerio de Salud Pública (MSP)**

Domicilio: Av. Dr. Héctor Homero Hernández esquina Av. Tiradentes, Ensanche La Fe, Distrito Nacional

Santo Domingo, Republica Dominicana.

Teléfono: (+1) 809.541.3121

Fax: (+1) 809.541.3121

E-mail: correo@sespas.gov.do

<http://www.sespas.gov.do>

Primera edición: Enero 2014

Santo Domingo - Republica Dominicana. 2014

1. ANTECEDENTES

La fiebre Chikungunya es una enfermedad endémica en países del sudeste de Asia, África y Oceanía, emergente para la región de Las Américas, ocasionada por un alfavirus el virus Chikungunya, y transmitida mediante la picadura de los mosquitos *Aedes aegypti* y *Aedes albopictus*. Se caracteriza por ser una enfermedad predominantemente sintomática, causando fiebre alta de inicio súbito de tres días de duración y dolor articular severo que puede permanecer o reaparecer hasta varios meses después de la primera crisis. También pueden presentarse cefalea, dolor de espalda difuso, mialgias, náuseas, vómitos, poliartritis, rash y conjuntivitis. No existe una vacuna ni tratamiento específico por lo se aplica exclusivamente un tratamiento sintomático.

Esta enfermedad fue detectada por primera vez en Tanzania en 1952. A partir del 2004, se han reportado brotes intensos y extensos en África, las islas del océano Índico, la región del Pacífico, incluyendo Australia y Asia (India, Indonesia, Myanmar, Maldivas, Sri Lanka y Tailandia). En 2007 el virus se extendió a Italia, donde produjo un brote transmitido por *Aedes albopictus* en la región de Emilia-Romagna. En las Américas, se habían registrado casos importados en Estados Unidos, Canadá, Guyana Francesa, Martinica, Guadalupe y Brasil.

El pasado 9 de diciembre la Organización Panamericana de Salud emitió una alerta epidemiológica debido a la detección de los primeros casos de transmisión autóctona de fiebre por chikungunya en las Américasⁱ, específicamente en la Isla San Martín (Saint Maarten)ⁱⁱ. Las publicaciones recientes de la OPS/OMS informan que al 10 de enero del 2014 se han confirmado 286 casos de enfermedad por el virus chikungunya (CHIKV), el cual se ha extendido desde San Martín a otras islas del Caribe como son Martinica, San Bartolomé (Saint Barthelemy) y Guadalupe. También se ha notificado un caso en Guyana Francesa importado desde Martinicaⁱⁱⁱ.

La OPS/OMS advierte que los recientes brotes de fiebre por CHIKV han demostrado impactos importantes en la salud pública, principalmente en los servicios de salud, y que dada la alta infestación por *Aedes aegypti* y la presencia del *Aedes albopictus* en Las Américas, sumado a la gran movilidad de personas en la Región y en el mundo, existe un riesgo para la diseminación del virus en continente americano. Una noticia alentadora es que aunque guardando algunas particularidades en el manejo clínico de los casos, las estrategias recomendadas para la contención de esta nueva enfermedad son las mismas del dengue.

Chikungunya ha sido identificada en aproximadamente 40 países de los continentes de Asia, África, Europa y Las Américas. Se trata de una enfermedad viral que rara veces produce la muerte y es transmitida a los humanos por los mosquitos infectados. En ausencia de tratamiento específico y de una vacuna humana eficaz, las medidas preventivas se basan en una doble estrategia^{iv}:

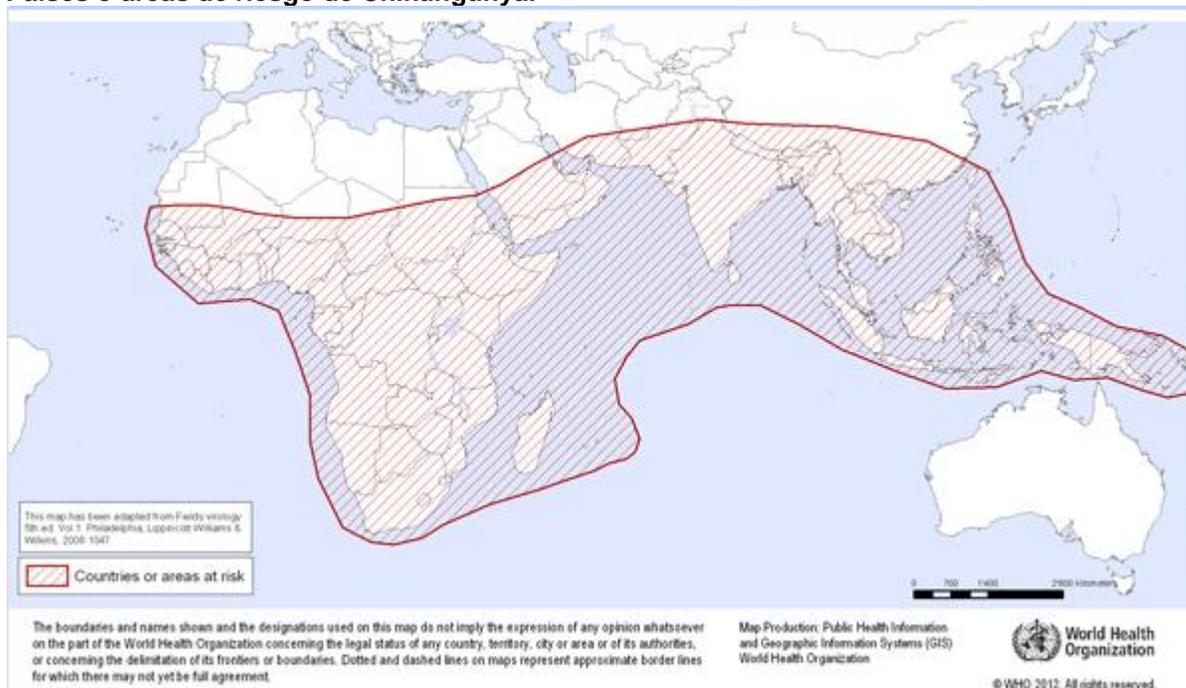
- dar a conocer los factores de riesgo para la infección por el CHIKV, así como las medidas de protección particulares que la población puede tomar para prevenir las picaduras de mosquitos;

- detener la proliferación de mosquitos mediante la reducción de sus áreas de reproducción.

En la República Dominicana hasta la fecha no se han reportado casos de fiebre chikungunya, no obstante al igual que otros países de la Región existen condiciones que facilitan la introducción y transmisión de esta enfermedad.

El presente plan integra las estrategias y acciones necesarias para dar respuesta y controlar la posible importación de casos y aparición de brotes de fiebre por CHIKV en el territorio dominicano, y se fundamenta en las últimas recomendaciones de la OPS/OMS.

Países o áreas de riesgo de Chikungunya.



Tomado de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs327/en/index.html#>

2. CONTEXTO

En las islas del Caribe, la epidemia de fiebre por CHIKV muestra una rápida progresión, de hecho en las 5 semanas transcurridas entre el 6 de diciembre del 2013 cuando se reportaron los primeros casos de la enfermedad y al 10 de enero del 2014, se han detectado 397 casos en San Martín (territorio francés), 267 en Martinica, 68 en Guadalupe, 45 en San Bartolomé, 10 en San Martín (territorio holandés) y más recientemente tres casos en Islas Vírgenes Británicas. También se ha notificado dos casos en Guyana Francesa, los cuales fueron importados desde Martinica y San Martín.

Hasta el momento, la capacidad de los servicios de salud no ha sido sobrepasada en ninguno de estos países y territorios.

En estos eventos, los viajeros tienen una participación esencial en la transmisión, ya que aquellos con viremia pueden transportar el agente causal hacia áreas con mosquitos que pueden transmitir la infección.

Esta situación llama a preocupación si se toma en cuenta, por un lado, que durante el 2012, sólo por la vía aérea la República Dominicana recibió 3,411 viajeros desde San Martín, 4,618 desde Martinica y 6,077 desde Guadalupe, esto sin considerar la posible importación de casos de países de otros continentes debido al flujo constante de viajeros hacia el país.

Otro aspecto importante es la posible introducción de esta enfermedad a través de las embarcaciones y aeronaves que llegan por los diferentes puntos de entrada (puertos y aeropuertos). Un dato clave es que en esta temporada sólo a través del puerto de La Romana se reciben procedentes de las islas del Caribe, tres cruceros una vez a la semana, cinco cada quince días y dos cada mes. A los puertos de Santo Domingo, Sans Souci y Samaná también llegan cruceros desde las islas del Caribe aunque con menor frecuencia.

Por otro lado, en el país se mantienen las condiciones climáticas propicias para la reproducción de mosquitos transmisores de la enfermedad (*Ae. aegypti* y *Ae. albopictus*), como son temperatura entre 10 °C y 45°C, áreas extensas por debajo de los 1,200 metros sobre el nivel del mar y elevada humedad relativa.

En la República Dominicana, *Aedes aegypti* es el vector más común y de mayor contacto con los humanos, debido a que prefiere vivir dentro de las viviendas y colonizar criaderos artificiales de diversos tipos. Se encuentra distribuido en todo el territorio nacional, colonizando principalmente recipientes artificiales; entre estos criaderos están los recipientes que se utilizan para el almacenamiento de agua de consumo en los hogares y cualquier otro contenedor que se encuentre en la vivienda o sus alrededores. También, *Aedes aegypti* puede colonizar recipientes naturales como las plantas de la familia de las bromeliáceas y en otras que retienen agua en sus hojas, así como en huecos de árboles y rocas.

Desde los primeros estudios entomológicos se ha evidenciado un elevado índice de infestación fundamentalmente en los tanques o barricas de 55 galones utilizados para almacenar agua para consumo familiar (1988, 1999, 2001); y que estos recipientes constituyen el principal reservorio para el almacenamiento de agua de consumo (1.5 tanques por viviendas en promedio) y el principal criadero dentro de la vivienda (Índice de casas de 0.2-2.5).

Las subsiguientes encuestas entomológicas, realizadas en distintos barrios y comunidades de diferentes provincias y áreas de salud, identifican que además del tanque de 55 galones, existen en las viviendas otros criaderos como floreros, cubos y otros recipientes artificiales. Algunos recipientes naturales, como los huecos en los

árboles, huecos en rocas, plantas (bromelias), entre otros, pueden ser también colonizados por este mosquito.

En los últimos años, a pesar de la intensificación de las medidas de prevención se han mantenido altos niveles de infestación de *Aedes aegypti* en el país.

Aedes albopictus, por su parte aunque no ha sido incriminado como vector del dengue en el país; sus larvas y adultos han sido capturados en el entorno de viviendas que han presentado casos de dengue en la República Dominicana, por lo que se considera una amenaza, como un posible vector secundario de esta enfermedad y de la fiebre chikungunya de esta introducirse en el país.

ESCENARIOS DE RIESGO SANITARIO

De acuerdo a las características de riesgo entomológico de zonas urbanas y periurbanas y el flujo de personas desde las demás islas del Caribe hacia la República Dominicana, podría esperarse la ocurrencia de brotes en la zona turística (1er escenario) como son las provincias de la Región Este, Norte y Metropolitana; en estas zonas es probable que se tenga un incremento de la demanda asistencial ordinaria de viajeros que presenten un cuadro febril durante su estadía.

Una vez introducido el virus en la isla se ha contemplado la posibilidad de aparición de brotes en las comunidades densamente pobladas en las cuales las condiciones ambientales favorecen la reproducción del vector (2do escenario). Finalmente debido a la alta movilidad geográfica dentro del país se tiene la posibilidad de aparición de casos en cualquier área geográfica del territorio nacional (3er escenario).

A partir del primer caso detectado en territorio dominicano y tomando como referencia la dinámica epidemiológica de la Isla de San Martín, este Plan ha proyectado sus acciones para atender un total de 28 mil casos en el primer mes de la epidemia; por lo que las medidas sanitarias deben ser rápidamente implementadas en los lugares de detección de casos y con una difusión masiva de las medidas de prevención.

En cuanto a los grupos de riesgo la fiebre de CHIKV puede afectar a mujeres y hombres de todas las edades. Sin embargo, se considera que la presentación clínica varía con la edad, siendo los individuos muy jóvenes (neonatos) y los ancianos, más propensos a desarrollar formas más graves. Además de la edad, se han identificado las comorbilidades (enfermedades subyacentes) como factores de riesgo para una evolución desfavorable^v.

3. OBJETIVOS

- 3.1.** Prevenir y contener la ocurrencia de casos y brotes de Fiebre Chikungunya en territorio dominicano con énfasis en las provincias turísticas y las de mayor riesgo

de enfermedades transmitidas por los vectores involucrados *Aedes aegypti* y *albopictus*.

- 3.2. Reforzar la capacidad de la red de servicios para la atención de enfermedades febriles en todos los niveles y en la comunidad en general.

4. ESTRATEGIAS CLAVE Y ENFOQUES

El Ministerio de Salud Pública como ente rector del Sistema Nacional de Salud en la República Dominicana considera necesario definir estrategias que permitan un abordaje multisectorial e interdisciplinario para hacer frente al riesgo de brote de fiebre chikungunya en el país, en ese sentido han contemplado las siguientes estrategias claves:

- Coordinación multisectorial
- Desarrollo de capacidades
- Comunicación e información masiva
- Detección temprana de casos, control y vigilancia
- Intervención sanitaria rápida e integrada.

Para la implementación de estas estrategias el Ministerio de Salud Pública ha contemplado un modelo de intervención que se basa en la combinación de acciones sanitarias de acuerdo a los escenarios de riesgos priorizados y el paquete de intervenciones de salud (promoción, prevención y control) para ser lo más efectivos posibles, con lo cual se buscará dar:

- Respuesta al brote en el primer ámbito geográfico donde aparezca
- Respuesta para contener en las áreas de alto riesgo que serían potencialmente afectadas
- Respuesta para prevenir brotes en áreas donde existe menor riesgo, en el nivel nacional

Asimismo estas estrategias buscan dar respuesta efectiva en los diferentes niveles geográficos priorizados a la fecha:

Puntos de entrada
Provincias turísticas
Provincias con alto riesgo de transmisión
Cualquier otra zona afectada por brotes.

El trabajo realizado por el Ministerio de Salud para la prevención y control de brotes de dengue a la fecha, permite brindar a la población en el territorio dominicano paquetes de intervención, previamente planificados, los mismos que teniendo en cuenta el balance de las necesidades en términos de prevención y control casos y brotes, se ejecutaran en los siguientes ámbitos sociales:

A nivel comunitario

A nivel de puertos, aeropuertos y pasos fronterizos

A nivel de escuelas, estancias infantiles, universidades y otros centros educativos

A nivel de establecimientos de salud

A nivel de hogares de cuidados de niños, niñas y adultos mayores

A nivel de cárceles y cuarteles

A nivel de establecimientos de centros de afluencia masiva (tiendas, supermercados, etc.).

Las intervenciones fueron diseñadas considerando los diferentes momentos epidemiológicos:

En el periodo pre-epidémico, en el cual aun no se han detectado casos confirmados de fiebre chikungunya en territorio dominicano, se requiere fortalecer la vigilancia para una detección temprana de la presencia de la enfermedad, así como hacer mayores esfuerzos en las medidas de prevención.

En el periodo epidémico, en el cual ya se ha detectado la transmisión de la enfermedad en el territorio dominicano, se requiere un mayor esfuerzo en la atención de casos y la contención de brotes.

Periodo post-epidémico en el cual ya se ha interrumpido la transmisión de la enfermedad en el territorio dominicano, es necesario mantener la vigilancia y estrategias de prevención y control vectorial.

5. COMPONENTES DE INTERVENCION

Para enfrentar esta situación el Ministerio de Salud Pública activó la Comisión de Gestión de Crisis, su finalidad permitió identificar y poner en marcha las acciones de preparación y operaciones de contingencia para mitigar los efectos del impacto sanitario en el país. Esta comisión consideró trabajar los siguientes componentes de intervención:

5.1. Coordinación

5.2. Respuesta de los servicios de salud

- 5.3. Vigilancia epidemiológica, investigación y laboratorio
- 5.4. Planificación de insumos medicamentos y equipos
- 5.5. Comunicación
- 5.6. Respuesta rápida
- 5.7. Salud Ambiental y control vectorial

A continuación se detallan las principales actividades a ejecutar por cada componente de intervención identificado:

5.1 Coordinación

- 5.1.1 Reuniones periódicas de la Comisión Nacional de Gestión de Crisis Intersectorial para definición y seguimiento de decisiones estratégicas.
- 5.1.2 Evaluación rápida de necesidades en provincias priorizadas y establecimientos de salud.
- 5.1.3 Elaboración e implementación de planes operativos nacionales y locales
- 5.1.4 Coordinación y canalización de recursos para atender eficientemente la contingencia conforme a los requerimientos del momento epidemiológico.
- 5.1.5 Activación del Comité Provincial de Emergencia en provincias priorizadas para la implementación de planes.
- 5.1.6 Reuniones bilaterales con las autoridades de salud de Haití para identificar y poner en marcha acciones conjunta de prevención y control.
- 5.1.7 Activación de un mecanismo de gestión de recursos humanos y de otros requerimientos de apoyo a la contingencia.
- 5.1.8 Supervisión, monitoreo y evaluación.

5.2 Salud Ambiental, control vectorial

- 5.2.1 Reforzamiento de estrategia de manejo del agua de uso doméstico, promoviendo la conducta de untar cloro en las paredes de los recipientes utilizados para el almacenamiento de agua en los hogares, así como mantenerlos bien tapados.

- 5.2.2 Promoción de la eliminación adecuada de los desechos sólidos (plásticos, botellas, latas, gomas usadas, etc.) que podrían convertirse en criaderos potenciales del mosquito vector.
- 5.2.3 Implementación de jornadas intensivas de eliminación de criaderos con amplia participación.
- 5.2.4 Aplicación de larvicidas en los recipientes usados para almacenamiento de agua en áreas de alto riesgo, así como en cisternas, piletas y piscinas abandonadas o en desuso, y otras colecciones de agua.
- 5.2.5 Aplicación de rociado espacial de insecticidas para control de mosquitos adultos en puntos de entrada (puertos, aeropuertos y pasos fronterizos terrestres).
- 5.2.6 Fumigación selectiva con énfasis en lugares con transmisión activa de enfermedades transmitida por vectores.
- 5.2.7 Reforzamiento de medidas de control vectorial en planteles educativos, establecimientos de salud y otros espacios de concentración masiva de personas.

5.3 Comunicación estratégica

- 5.3.1 Formulación e implementación del plan de comunicación de riesgo tomando en cuenta las diferentes poblaciones meta, las diferencias de idioma y aspectos culturales incluyendo a viajeros y migrantes.
- 5.3.2 Difusión de materiales educativos sobre medidas de prevención y control según poblaciones metas.
- 5.3.3 Elaboración de contenidos y diseño de materiales comunicacionales, gráficos, sonoros y audiovisuales.
- 5.3.4 Reforzamiento de las estructuras comunitarias de apoyo a la prevención y control de epidemias en provincias en riesgo.
- 5.3.5 Colocación masiva de mensajes.
- 5.3.6 Capacitación del personal de salud (sector público y privado, laboratorios y centros de salud).

5.3.7 Capacitación de aliados para llegar a la población general.

5.3.8 Capacitación de personal de instituciones y población cautiva (escuelas, fuerzas armadas, penitenciarías, universidades, etc.).

5.4 Respuesta de los servicios de salud

5.4.1 Capacitación urgente del personal de salud en el manejo clínico de fiebre chikungunya y sus diagnósticos diferenciales

5.4.2 Establecimiento de zonas de extensión de servicios, triaje y circuitos de derivación de pacientes según complejidad.

5.4.3 Aplicación del protocolo de manejo clínico si se detectara en el país.

5.4.4 Ampliación de la reserva de medicamentos e insumos para diagnóstico y tratamiento de los casos sospechosos.

5.4.5 Intensificación de la vigilancia comunitaria de enfermedades febriles.

5.4.6 Reforzamiento del circuito de referencia efectivo de casos.

5.5 Vigilancia epidemiológica, investigación y laboratorio

5.5.1 Notificación individual inmediata de los primeros casos sospechosos, y diferida diaria en situaciones de brotes.

5.5.2 Reforzamiento de la vigilancia de enfermedad febril a través del sistema de alerta temprana.

5.5.3 Reforzamiento de vigilancia de casos en viajeros

5.5.4 Reforzamiento de las áreas de serología y virología del Laboratorio Nacional Dr. Defilló.

5.5.5 Diagnóstico de laboratorio según criterios establecidos y algoritmo de la OMS.

5.5.6 Investigación epidemiológica de los casos y brotes.

5.5.7 Difusión de la información mediante boletines diarios y semanales según el momento epidemiológico.

5.5.8 Activación de las salas de situación de salud en todos los niveles de toma de decisiones del ministerio de salud.

5.6 Planificación de insumos medicamentos y equipos

5.6.1 Levantamiento de existencia de insumos, medicamentos y suministros en las redes de servicios de salud.

5.6.2 Determinar la necesidad de equipos, materiales, medicamentos y otros en las redes de servicios de salud para asegurar la atención a los casos febriles con la magnitud esperada a través de las redes de servicios.

5.6.3 Reforzamiento de sistema de logística de distribución y suministro de equipos, materiales e insumos.

5.7 Respuesta rápida

5.7.1 Reforzamiento y ampliación de equipos de respuesta en las provincias.

5.7.2 Elaboración e implementación de planes de emergencias hospitalarios.

5.7.3 Activación del comité Provincial de Emergencias en Provincias fronterizas para la implementación de planes.

5.7.4 Capacitación de personal de salud de los hospitales y en escuelas.

5.7.5 Dotación de material y equipos en caso de emergencia.

5.7.6 Activación de un mecanismo de Gestión de Recursos de apoyo a la contingencia.

6. COORDINACION DE LAS INTERVENCIONES Y MONITOREO

El Ministerio de Salud Pública liderará las acciones de coordinación y monitoreo en el Sistema Nacional de Salud a través del Vice Ministerio de Salud Colectiva quien preside la Comisión de Gestión de Crisis. Este Vice Ministerio convocará a las instituciones

privadas de salud, organizaciones no gubernamentales y otras a integrarse y/o coordinar sus acciones con la Comisión de Gestión de Crisis y sus equivalentes en los niveles de gestión existentes en el país.

Al interior del Ministerio de Salud, las Direcciones Provinciales de Salud en coordinación con los Servicios Regionales de Salud y las instituciones extrasectoriales vinculadas velarán por el cumplimiento de las directrices, normas, guías y protocolos que sean aprobados para su uso en los niveles de atención correspondientes.

Las Direcciones Provinciales de Salud a través de comisiones garantizará la supervisión y monitoreo de las acciones de promoción, control y vigilancia de los casos y brotes que ocurran en su jurisdicción.

Los Servicios Regionales de Salud continuarán brindando la oferta de servicios a la población y comunicaran sus necesidades y capacidades a fin de garantizar la complementariedad de recursos en otras zonas de contingencia.

La Comisión de Gestión de Crisis asegurará la continuidad de las operaciones y manejo de la contingencia mediante la supervisión, monitoreo y evaluación de las intervenciones sanitarias en el país. Cada comisión es responsable por la ejecución de las actividades y recursos asignados, debiendo de reportar sus avances a la Comisión de Coordinación.

7. COORDINACION MULTISECTORIAL

La prevención y control de una epidemia son acciones que involucran a más actores que solamente el Sector Salud, dados los factores causales y predisponentes que conllevan a la ocurrencia de una epidemia, en ese sentido se considera necesaria una coordinación interinstitucional y multisectorial a fin de poder hacer viables y sostenibles las estrategias y acciones contempladas en el presente plan.

El Ministerio de Salud Pública a través de las instancias nacionales correspondientes buscará la articulación con la Comisión Nacional de Emergencia (CNE) y el Centro de Operaciones de Emergencia (COE), a fin de que los ministerios y sus sectores correspondientes se integren a las acciones sanitarias dispuestas.

Del mismo modo promoverá desde el Gobierno Nacional la coordinación e integración de las acciones inmersas en este plan con los gobiernos locales (ayuntamientos), sociedades nacionales, asociaciones profesionales, federación dominicana de municipios (FEDOMU), asociaciones de productores, organizaciones de base, empresas de telefonía, empresas

de comunicaciones entre otros a fin de que se sumen a estas acciones en el territorio nacional.

8. RIESGOS ASUMIDOS

La debilidad de las medidas de prevención y control vectorial debido a la carencia de suministro permanente de agua y la existencia de prácticas del almacenamiento inapropiado de este líquido.

Poblaciones altamente susceptibles por tratarse de una enfermedad viral emergente.

Deficiencias en el manejo de casos de enfermedades febriles endémicas con letalidad considerable (dengue, malaria, leptospirosis); una nueva enfermedad a incluir en el diagnóstico diferencial podría ampliar el espectro de error médico de estas enfermedades.

La implementación inadecuada de medidas de control de infecciones intrahospitalaria incluidas las de control vectorial pondrían en riesgo al propio personal de salud y de ocurrencia de casos graves en una proporción relativamente importante de personas como son los niños, adultos mayores y personas que padecen enfermedades crónicas.

ⁱ Organización Panamericana de la Salud. Alerta epidemiológica. Fiebre por Chikungunya. 9 de diciembre del 2013. Tomado de http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23807+&Itemid=999999&lang=es

ⁱⁱ Centers for Disease. Control and Prevention. Chikungunya in the Caribbean. Tomado de <http://wwwnc.cdc.gov/travel/notices/watch/chikungunya-caribbean>

ⁱⁱⁱ Panamerican Health Organization. Cumulative Number of Reported Cases of Chikungunya Fever in the Americas, by Country or Territory, 2014. Updated 10 January 2014

^{iv} World Health Organization. Chikungunya. Fact sheet N°327 Updated January 2014.

^v Organización Panamericana de la Salud. Preparación y respuesta ante la eventual introducción del virus chikungunya en las Américas Washington, D.C.: OPS, 2011